

ALL'AREA
SERVIZIO TERRITORIALE UTENZE
DI ORISTANO
VIA TEMPIO 11
09170 ORISTANO

Oggetto: Domanda di contributo ai sensi dell'art. 5 della L.R. 7/2000 – Fondo sociale
ANNO 2015.

Il/la sottoscritto/a _____ nat__ a _____
_____ assegnatario dell'alloggio ERP di proprietà di
codesta Azienda sito in _____
via _____ n° _____ int. _____ piano _____
Tel. _____ e-mail _____ Matr. _____

CHIEDE

che gli venga erogato il contributo a carico del fondo sociale previsto a favore degli assegnatari di alloggi di edilizia residenziale pubblica gestiti dall'AREA – Unità Territoriale di Oristano, trovandosi in una delle condizioni previste all'art. 1 del Bando 2015.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, dichiara (barrare le caselle che interessano) :

- che il proprio nucleo familiare comprende soggetti disabili o affetti da gravi malattie croniche comportanti grave ed effettivo disagio economico (allegare la documentazione attestante la percentuale di invalidità e l'attestazione dei Servizi Sociali del Comune di appartenenza);
- che il proprio nucleo familiare comprende soggetti affetti da malattia allo stato terminale comportante grave ed effettivo disagio economico (allegare l'attestazione dei Servizi Sociali del Comune di appartenenza);
- che il proprio nucleo familiare, alla data della pubblicazione del bando, era composto come segue:

_____	nato a _____	il _____
_____	nato a _____	il _____
_____	nato a _____	il _____
_____	nato a _____	il _____
_____	nato a _____	il _____
_____	nato a _____	il _____
_____	nato a _____	il _____
_____	nato a _____	il _____
_____	nato a _____	il _____
_____	nato a _____	il _____
_____	nato a _____	il _____

- che nel proprio nucleo familiare sono presenti portatori di handicap riconosciuto dagli enti competenti (allegare documentazione attestante la percentuale di invalidità);

- che il nucleo familiare richiedente comprende minori privi di un genitore;
- che il nucleo familiare richiedente comprende minori privi di entrambi i genitori;
- che l'importo non corrisposto per spese condominiali o di autogestione rilevato alla data del 31 dicembre dell'anno di riferimento è pari a € _____ (allegare attestazione dell'amministratore o del caposcala);
- che in data _____ ha sottoscritto con l'Azienda apposito atto di riconoscimento del debito con piano di rientro per le morosità maturate al 31 dicembre dell'anno di riferimento;
- di partecipare al presente bando per la prima volta;

Allega alla presente la seguente documentazione:

TRATTAMENTO DEI DATI

A norma e per gli effetti del **Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196**, si informa l'interessato che i dati contenuti nel presente modulo:

- verranno utilizzati esclusivamente per le finalità previste dalle norme che disciplinano la concessione di contributi di cui alla L.R. n. 7/2000 e che gli stessi verranno trattati, su supporti cartacei o informatici, con modalità che assicurano il rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità dell'interessato;
- devono essere acquisiti obbligatoriamente a pena di improcedibilità della domanda;
- potranno essere comunicati alle Amministrazioni che detengono i certificati ed i documenti attestanti le situazioni dichiarate dall'interessato, e a tutti i soggetti che ne abbiano titolo ai sensi della Legge n. 241/1990 e ss. mm. e ii.

CONSENSO DEL RICHIEDENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Il sottoscritto da il consenso al trattamento dei dati sensibili a norma del capo II, titolo III, parte I del Decreto Legislativo n.196/2003 al fine di consentire lo svolgimento delle attività istituzionali.

SI NO

Distinti saluti.

_____ li _____

Firma

ATT. Se la dichiarazione non viene sottoscritta in presenza del dipendente addetto è necessario allegare la fotocopia di un documento di identità dell'interessato ai sensi dell'art.38 comma 3 del D.P.R.28/12/2000 n° 445

ISTRUZIONI PER L'INVIO DEL MODULO

Il presente modulo deve essere consegnato entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del bando sul sito internet aziendale al Protocollo dell'AREA - Unità Territoriale di Oristano ovvero presso gli uffici del Settore contenzioso nei giorni dal lunedì al venerdì, escluso il mercoledì, dalle ore 11 alle 13, oppure il martedì ed il mercoledì dalle 16,00 alle 17,00.

In alternativa è possibile spedirlo via posta (farà fede il timbro postale) a:

AREA Unità Territoriale di Oristano - Settore contenzioso Via Tempio 11 – 09170 Oristano.