

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI  
COMUNE DI OLLOLAI**

**OGGETTO:** Domanda di ammissione alla misura regionale “*Reddito di Inclusione Sociale – R.E.I.S*  
*Parte seconda - Altri Interventi di contrasto alla povertà*” - L.R. n.18 del 02 agosto 2016

(Modello di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445))

|                                                                       |                           |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>DATI DEL RICHIEDENTE</b>                                           |                           |
| Cognome _____                                                         | Nome _____                |
| Nato a _____                                                          | il ____/____/____         |
| residente a Ollolai in via _____ n° ____                              |                           |
| Cittadinanza _____                                                    | Recapito telefonico _____ |
| indirizzo e-mail _____                                                |                           |
| <b>N.B. È necessario indicare una e-mail e un contatto telefonico</b> |                           |

**CHIEDE**

Di essere ammess\_\_\_\_\_ a fruire dei **contributi economici previsti dalla misura regionale “Reddito di Inclusione Sociale – R.E.I.S - Parte seconda - Altri Interventi di contrasto alla povertà”**

**Deliberazione Giunta Regionale n. 30/55 del 5/06/2025.**

*A tal fine, consapevole della responsabilità penale, ai sensi dell'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro che quanto espresso nel presente modulo è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato D.P.R n. 445 del 2000, ovvero documentabile su richiesta delle Amministrazioni competenti;*

**DICHIARA**

- che il proprio nucleo familiare anagrafico è composto da:

| Nome e cognome | Anni | Rapporto di parentela | Luogo di nascita | Data di nascita |
|----------------|------|-----------------------|------------------|-----------------|
| Richiedente    |      | /                     | /                | /               |
|                |      |                       |                  |                 |
|                |      |                       |                  |                 |
|                |      |                       |                  |                 |
|                |      |                       |                  |                 |
|                |      |                       |                  |                 |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

**DICHIARA***(barrare la voce che interessa)***1) REQUISITI GENERALI**

- ☐ di essere cittadino italiano;
- ☐ di essere cittadino comunitario;
- ☐ di essere cittadino straniero in possesso di regolare titolo di soggiorno;
- ☐ di essere residente nel **Comune di OLLOLAI** al momento della presentazione della Domanda;
- ☐ un componente del nucleo familiare risiede da almeno 24 mesi nel territorio della Regione Sardegna
- ☐ di essere emigrati di ritorno (in questo caso si prescinde dal requisito dei 24 mesi di residenza protratta);

**2) REQUISITI ECONOMICI E PATRIMONIALI**

- ☐ di possedere una certificazione **ISEE ordinario** in corso di validità e priva di omissioni non superiore a euro 15.000,00, pari a € \_\_\_\_\_ (Allegare attestazione ISEE e DSU)
- ☐ di possedere una certificazione **ISEE corrente** in corso di validità non superiore a euro 15.000,00, pari a € \_\_\_\_\_

**In caso di ammissione al beneficio CHIEDE che il contributo venga erogato sul seguente conto corrente bancario o postale (con IBAN ordinario intestato o cointestato alla/al sottoscritta/o)**

|  |
|--|
|  |
|--|

**DICHIARA, ALTRESI'**

Di trovarsi in una condizione di fragilità socio-economica e/o di vulnerabilità

*(A titolo esemplificativo si evidenziano alcuni fattori aggravanti la condizione di bisogno):*

- perdita del lavoro e/o riduzione consistente del proprio reddito familiare non attestabile dall'ISEE corrente;
- situazione sanitaria precaria in assenza o attesa dei relativi benefici economici con particolare attenzione ai pazienti dimessi dall'ospedale che hanno perso la propria autosufficienza e necessitano di assistenza domiciliare;
- situazione di persone ricoverate e/o dimesse dall'ospedale che devono prendersi cura di un congiunto non autosufficiente o, nel caso di disabili, i minorenni/maggiorenni non capaci di provvedere a loro stessi e assistiti da parenti, per malattia o decesso dei genitori;
- situazione abitativa incerta (rischio di sfratto, coabitazione, usufrutto temporaneo, difficoltà a sostenere le spese del canone di locazione o del mutuo, difficoltà a sostenere il pagamento delle utenze domestiche, ecc.);
- situazioni di emarginazione sociale, o condizione di rischio sociale correlata a dipendenze, problematiche giudiziarie, ecc.;
- presenza di minori e/o anziani non autosufficienti;
- assenza di relazioni parentali considerabili "risorse" (familiari civilmente obbligati ex art. 433

c.c.);

- e comunque ogni altro elemento di disagio aggravante la situazione di bisogno.

**DICHIARA ALTRESI' (Obbligatoriamente va visionato e barrato in ogni sua casella):**

- ☐ di aver preso visione dell'Avviso Pubblico in oggetto che si intende accettato integralmente, nonché di quanto previsto dalle Linee Guida approvate definitivamente con Deliberazione della Giunta regionale n. 4/39 del 15/02/2024;
- ☐ che il Contributo in oggetto verrà riconosciuto per una durata massima che non potrà superare i 12 mesi;
- ☐ di essere consapevole di essere tenuto a informare il Servizio Sociale, a pena di esclusione dal contributo, di ogni significativa variazione della situazione personale, anagrafica, patrimoniale, lavorativa e familiare e di ogni altra condizione dichiarata al momento della presentazione della Domanda, compresi i recapiti telefonici e postali.
- ☐ di essere consapevole che la mancata presentazione della documentazione richiesta a corredo della presente Domanda, entro i termini stabiliti, può comportare l'esclusione dal procedimento di attribuzione dei benefici;
- ☐ di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati i controlli ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445 del 2000;
- ☐ di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e per cui presta in allegato il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa allegata all'Avviso.

**N.B. ALLEGARE alla Domanda la seguente documentazione obbligatoria:**

- ☐ copia fronte/retro del documento d'identità del richiedente in corso di validità, e del codice fiscale;
- ☐ copia attestazione ISEE ordinario 2025 o ISEE corrente in corso di validità, privo di omissioni e difformità redatto nel rispetto della normativa vigente, con allegata Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU);
- ☐ copia del regolare permesso di soggiorno CEE per soggiornanti di lungo periodo per i cittadini non comunitari;
- ☐ eventuale altra documentazione ritenuta valida per la valutazione della Domanda (attestante lo stato di bisogno di cui all'art. 4 dell'Avviso in oggetto);
- ☐ copia del codice IBAN su cui accreditare il beneficio spettante che dovrà essere intestato/cointestato al richiedente (Non si accettano IBAN scritti a mano ma solo documenti stampati con intestazione della Banca/Posta).

Ollolai, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma richiedente**

---