ALLEGATO A

***Al Signor Sindaco***

***del Comune di Sciacca***

**OGGETTO:** **Richiesta di ammissione al “Servizio Civico Distrettuale – L.328/2000. P.d.Z. 2013/2015” e al “Piano di contrasto allo svantaggio economico” - Linee di intervento 1) – 3) - 4).**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a Sciacca, in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

Tel./Cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C. F. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trovandosi in grave stato

di disagio socio-economico

###### CHIEDE

**di essere ammesso alla graduatoria per l’accesso ai benefici previsti dal:**

**[\_] SERVIZIO CIVICO DISTRETTUALE -** *assegno economico per lo svolgimento di servizi di pubblica utilità*

**[\_] LINEA D’INTERVENTO 1 -** *assistenza economica a favore di persone e nuclei familiari in condizioni di temporaneo accertato svantaggio economico*

.

**[\_] LINEA D’INTERVENTO 4 -** *buoni spesa, erogati direttamente dal Comune, valevoli per l’acquisto di beni alimentari di prima necessità.*

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle

sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, previste

dall’articolo 76 del D.P.R. prima richiamato, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

* di essere residente nel Comune di Sciacca;
* di essere in possesso di permesso di soggiorno in corso di validità ( *In caso di cittadino extracomunitario);*
* che l’attestazione ISEE è pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che il proprio nucleo familiare è così composto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **Data di nascita** | **Cod. Fiscale** | **Relazione parentela** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |

* che nel nucleo familiare si rileva la seguente condizione di fragilità:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(specificare tra:disabilità grave 100%- 104, provvedimenti limitativi da parte dell’Autorità Giudiziaria, minore affidato dal T.M. ai servizi sociali con esclusione dei casi di ricovero presso istituti con rette a carico del Comune, Ragazze madri, Separati con provvedimento giudiziale e/o divorziati privi di assegno di mantenimento stabilito dall’Autorità Giudiziaria che abbiano in affidamento i figli, Soggetti senza alcun reddito il cui coniuge è deceduto o impossibilitato a svolgere attività lavorativa per malattia, Soggetti seguiti dal SERT, Locazione con sfratto in corso);*

* che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato domanda per l’ammissione ai benefici in oggetto;
* di essere a conoscenza che l’ammissione al Servizio civico distrettuale non è compatibile con nessuna altra forma di assistenza;
* di aver preso visione dell’Avviso pubblico e di accettarne le condizioni ivi espressamente previste;
* di autorizzare il trattamento dei dati personali e sensibili, ai fini di cui al D. Lgs. n.196/2003.

**ALLEGA alla presente:**

1. Attestazione ISEE del nucleo familiare in corso di validità e rilasciata da soggetto abilitato secondo normativa vigente;

b) Copia fronte-retro del documento d’identità del richiedente, in corso di validità;

c) Eventuali altri allegati ritenuti utili ai fini della dimostrazione di particolari condizioni di bisogno

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In caso di richiesta di accesso al Servizio civico distrettuale, è necessario allegare anche**:

* certificato medico attestante l'idoneità fisica a svolgere le attività di pubblica utilità di cui all'art. 6 c.1 del Regolamento Comunale,
  + dichiarazione di immediata disponibilità rilasciata dal competente Centro per l’Impiego.

Sciacca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (*firma leggibile per esteso* )