**ALLEGATO B**

Alla Responsabile dell’Area Sociale

Comune di Sanluri

**OGGETTO: RICHIESTA DI ACCESSO ALLA MISURA REGIONALE DENOMINATA REIS 2022-2023 PARTE SECONDA- ALTRI INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA PANDEMIA COVID-19.**

Il/la sottoscritto/a nato a

il \_ Cittadinanza , residente e domiciliato nel Comune di SANLURI in Via/Piazza/Località n.\_ C.F. tel.(obbligatorio) e.mail

in qualità di:

* Destinatario
* Tutore
* Amministratore di sostegno

Di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a\_\_\_\_\_\_\_\_residente a Sanluri in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di usufruire degli interventi relativi alReddito di inclusione sociale - annualità 2021 - L.R. n° 18 del 2 agosto 2016 D.G.R. N° 34/25 del 11/08/2021 PARTE SECONDA

Il/la sottoscritto/a **dichiara**, ai sensi dell’art. 46 D.P.R. n..445 del 28 dicembre 2000 **(barrare le ipotesi che ricorrono)**

- che il nucleo familiare anagrafico è così composto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Età** | **Grado di Parentela** | **Professione o Scuola frequentata** | **Reddito mensile** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* Di avere un **ISEE ordinario** in corso di Validità pari ad €.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e pertanto non superiore ad €.15.000,00;

**Oppure**

* Di avere un **ISEE corrente** in corso di Validità pari ad €.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ determinato dal peggioramento della propria situazione economica a causa della seguente motivazione:

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

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

* Di essere escluso dal mercato del lavoro da più di 24 mesi e di convivere con genitori pensionati **(In tal caso si vincola a partecipare ad un progetto di attivazione sociale privilegiando percorsi di inclusione lavorativa**).
* Di non essere beneficiario di ***REIS parte Prima***

-Che rispetto alla misura del ***REDDITO DI CITTADINANZA*** si trova nella seguente situazione:

* Di aver presentato (o un componente del nucleo familiare ha presentato) Istanza R.D.C. e la stessa è stata respinta per assenza dei requisiti **(allegare esito obbligatoriamente);**
* Di essere beneficiario di R.D.C. per l’importo mensile pari ad €

**Dichiara inoltre**:

**-di conoscere e accettare** senza riserva alcuna quanto contenuto nel Bando Pubblico finalizzato all’acquisizione delle istanze per la Misura regionale REIS parte Seconda;

**-di accettare** il progetto individualizzato che verrà predisposto in favore del nucleo familiare qualora ricorrano i presupposti;

**-di essere consapevole e accettare che** in caso di modifiche della propria situazione o della situazione familiare, nonché in caso di comportamenti inconciliabili con gli obiettivi del progetto si verificherà la sospensione e/o la revoca del beneficio;

**-di conoscere e accettare** che i sussidi economici **non** possono essere utilizzati per il consumo di tabacco, alcool e qualsiasi prodotto legato al gioco d’azzardo, pena la sospensione dell’erogazione;

**-di conoscere e accettare che**:

* sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell’articolo 71 del DPR n. 445 del 2000;
* il Comune può stabilire la revoca o l’esclusione del beneficio nel caso emerga il venir meno delle condizioni di bisogno che lo hanno determinato;
* di essere consapevole che la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti ai provvedimenti emanati sulla base delle dichiarazioni non veritiere;
* l’acquisizione delle domande e l’accesso ai benefici potranno essere sospesi in caso di esaurimento delle risorse disponibili
* **Si autorizza, inoltre** Il pagamento del contributo spettante secondo le seguenti modalità:

MODALITA’ DI PAGAMENTO:

**Nel caso di esito positivo della domanda,** si chiede **e si autorizza alla liquidazione e pagamento del contributo spettante** con una delle seguenti modalità **(barrare la casella che interessa):**

**** ACCREDITO SU C/C BANCARIO o POSTALE o Carta **intestato e/o cointestato a sé medesimo IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (SI ALLEGA COPIA);**

 **RIMESSA DIRETTA** in proprio favore - (possibile solo per importi inferiori a € 1.000,00) ;

** RIMESSA DIRETTA** a favore del delegato(possibile solo per importi inferiori a € 1.000,00)- **(COMPILARE L’APPOSITO SPAZIO**)

**Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell’articolo 76 del DPR n. 445 del 2000, n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiara che quanto espresso nel modulo è vero ed è accertabile ai sensi dell’articolo 43 del citato DPR n. 445 del 2000, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.**

SANLURI,

(firma del Richiedente)

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre:

1. di essere a conoscenza che la domanda incompleta, priva di firme o della documentazione richiesta comporterà l’automatica esclusione della stessa;
2. di aver preso visione e aver compreso quanto indicato nel Bando Pubblico per l’accesso alla misura regionale denominata REIS 2021 parte Seconda
3. di essere consapevole che i sussidi economici non possono essere erogati a soggetti affetti da dipendenze patologiche, a meno che non abbiano già intrapreso un percorso riabilitativo;
4. di essere a conoscenza che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi, nei casi previsti dalla Legge, sono puniti dal Codice Penale e dalle leggi speciali in materia (Artt. 76 e 76 del Testo unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000)
5. di aver preso visione dell’informativa privacy riportata in allegato al Bando, ai sensi del regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) n. 2016/679 (GDRP)
6. di essere a conoscenza che i dati raccolti nella presente procedura sono acquisiti e utilizzati ai soli fini necessari per l'espletamento delle procedure di gestione del servizio;
7. di acconsentire al trattamento dei dati, anche sensibili con enti terzi, in quanto necessari alla gestione della presa in carico;
8. di essere a conoscenza che l'eventuale rifiuto al trattamento dei dati raccolti comporta l'impossibilità di accedere alla richiesta di contributo economico.

**A tal fine allega alla presente obbligatoriamente, PENA L’ESCLUSIONE:**

* **copia del documento d’identità del richiedente;**
* **Attestazione ISEE Ordinario o ISEE Corrente in corso di validità**
* **In caso di nucleo non beneficiario RDC**: Attestazione diniego istanza RDC presentata nell’anno 2023. Per i soli casi di assenza del requisito della residenza decennale in Italia o per l’impossibilità di presentare istanza RDC a causa di debiti maturati con l’INPS per avere percepito la misura RDC in passato non avendone il diritto, potranno essere presentate pezze giustificative relative il diniego da parte dell’INPS anche precedenti all’anno 2023.
* **Altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

SANLURI, \_

(firma del Richiedente)

**D E L E G A A L L A R I S C O S S I O N E**

**da compilare solo ed esclusivamente nel caso in cui si richiede il pagamento del beneficio a favore di persona diversa dal richiedente**

I/La Sottoscritto/a Nato/a a il

residente a in Via n.\_\_\_\_\_Codice Fiscale :

IN QUALITA’

Di beneficiario/a dei contributi relativi al Bando “REIS-PARTE II”

***DELEGA ALLA RISCOSSIONE***

dei contributi predetti, il/la Sig./Sig.ra \_ Nato/a a

il \_ residente a in Via \_ n.

Codice Fiscale : \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL DELEGANTE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_