



Comune di Nicosia



Comune di Troina



Comune di Sperlinga



Comune di Capizzi



Comune di Gagliano CF



Comune di Cerami

Distretto Socio Sanitario D/23  
Comuni di Nicosia capofila, Troina, Capizzi, Gagliano C.to, Cerami, Sperlinga, ASP di Enna

Al Comune di \_\_\_\_\_

**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

Oggetto: Legge 328/00 – piano di Zona 2010/2012 – 2° annualità – azione n. 1 “Le mani tese verso il bisogno” – Misure di contrasto alla povertà. Riapertura termini.

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Comune di \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) Telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In riferimento all’avviso pubblico inerente l’oggetto, a conoscenza di quanto previsto dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace e sulla decadenza dei benefici, eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

CHE la composizione del proprio nucleo familiare, è la seguente:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	RAPPORTO FAMILIARE

CHE in atto nessuno dei soggetti sopra elencati percepisce benefici SIA/REI o altri benefici erogati dal Comune o dal Distretto (cantieri di servizi, borse lavoro, assegno civico, etc.).

**CHIEDE**

Di potere accedere ai contributi di cui all’avviso suddetto e precisamente:

- a. un contributo di € 200,00 una tantum;
- b. un buono/contributo di sostegno alimentare di € 50,00 per 4 mesi, da liquidare bimestralmente a rimborso di spese di prodotti alimentari sostenute nei 2 mesi antecedenti, dietro presentazione di documentazione giustificativa;

c. un contributo per *particolari situazioni di disagio* ed a tal fine dichiara di trovarsi nella necessità di dover sostenere spese per (*specificare*):

\_\_\_\_\_

---

---

[il contributo può essere richiesto per *affrontare spese urgenti, indifferibili debitamente documentate per esigenze abitative (affitto, interventi urgenti nella casa di abitazione...) o visite specialistiche, spese di viaggio e alloggio per raggiungere e pernottare nella località di cura, non coperte dal Servizio Sanitario Nazionale o da altri Enti pubblici o privati, per patologie gravi riguardanti un componente del nucleo familiare*].

Si allega:

- a) Fotocopia di un valido documento di identità;
- b) Attestazione ISEE del proprio nucleo familiare in corso di validità;

*solo se ne ricorrono le condizioni:*

- c) documentazione a comprova della particolare situazione di disagio per cui si chiede il contributo, e precisamente *(esempio: sfratto per morosità, preventivo lavori di manutenzione, certificato del medico curante, dello specialista o certificato della struttura sanitaria in cui sia evidenziata tale necessità)* \_\_\_\_\_

Il richiedente autorizza il Comune ad utilizzare i dati contenuti nella presente istanza per le finalità previste dalla legge e dall'avviso di cui sopra, nel rispetto, nel rispetto dei limiti posti dall'art. 13 del D. Lgs. n. 196/03.

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

FIRMA (per esteso e leggibile)

---