

**AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE**

**Si** ☐ **NO** ☐ Di godere di altri contributi e/o prestazioni erogati da questa amministrazione.

Indicare quali : \_\_\_\_\_

**Si** ☐ **NO** ☐ Di essere disoccupato sin dal \_\_\_\_\_

**Si** ☐ **NO** ☐ Di essere titolare di partita IVA

**Si** ☐ **NO** ☐ Che i componenti del nucleo familiare conviventi sono titolari di partita IVA

**Si** ☐ **NO** ☐ Di essere titolare di licenze commerciali (forma fissa o ambulante)

**Si** ☐ **NO** ☐ Che i componenti del nucleo familiare conviventi sono, titolari di licenze commerciali o artigiani (sia in forma fissa che ambulante)

**Si** ☐ **NO** ☐ Di essere proprietario della abitazione sita in Marsala

Via/ C.da \_\_\_\_\_

**Si** ☐ **NO** ☐ Di essere proprietario di altri beni immobili, oltre la casa dove risulta essere residente

Indicare quali: \_\_\_\_\_

☐ Che i componenti del nucleo familiare convivente sono proprietari di abitazioni \_\_\_\_\_

**Si** ☐ **NO** ☐ Di godere del seguente reddito mensile euro: \_\_\_\_\_

**Si** ☐ **NO** ☐ Di essere titolare della pensione sociale sin dal \_\_\_\_\_

e di godere del seguente reddito mensile € \_\_\_\_\_

**Si** ☐ **NO** ☐ Che i componenti del nucleo familiare convivente sono titolari della pensione sociale e godono del seguente reddito mensile

Indicare per ciascun componente familiare convivente il reddito mensile euro: \_\_\_\_\_

-----  
**Si** ☐ **NO** ☐ Che i componenti del nucleo familiare convivente godono del seguente reddito.

Indicare per ciascun componente familiare convivente il reddito mensile euro: \_\_\_\_\_

-----  
**Si** ☐ **NO** ☐ Di godere della pensione di invalidità e/o indennità di accompagnamento che ammonta a € \_\_\_\_\_ mensile

**Si** ☐ **NO** ☐ Di essere in possesso del certificato incollocabilità rilasciato dalla Commissione medico legale dell'ASP ai sensi della Legge n.68 del 1999

**Si** ☐ **NO** ☐ Che il componente del nucleo familiare \_\_\_\_\_ è in possesso della pensione di invalidità e/o indennità di accompagnamento che ammonta a € \_\_\_\_\_ mensile

**Si** ☐ **NO** ☐ Di trovarsi in stato di separazione legale con sentenza omologata dal: \_\_\_\_\_

**Si** ☐ **NO** ☐ Di essere convivente con: \_\_\_\_\_

Indicare il grado di parentela \_\_\_\_\_

**Si** ☐ **NO** ☐ Che il proprio coniuge è in stato di detenzione dal \_\_\_\_\_

**Si** ☐ **NO** ☐ Di essere "ex detenuto" dal \_\_\_\_\_

**Si** ☐ **NO** ☐ Che i parenti obbligati per legge ai sensi dell'art.n.433 C.C.non sono nelle condizioni economiche di assicurare gli alimenti.

FIRMA \_\_\_\_\_

## **DICHIARA ALTRESI'**

**di aver preso visione dei requisiti di ammissione e di revoca per il contributo richiesto, previsti nel Regolamento Comunale " Servizio di Assistenza Economica" approvato dal Consiglio Comunale con provvedimento n. 82 del 25 Settembre 2008**

**Il Sottoscritto/a allega allega alla presente istanza i seguenti documenti nel rispetto della tipologia del contributo richiesto ( temporaneo o continuativo) :**

- ☐ 1) fotocopia del documento d'identità in corso di validità ;
  - ☐ 2) medello ISEE in corso di validità alla data di presentazione della domanda;
  - ☐ 3) copia del codice fiscale
  - ☐ 4) copia del cedolino della pensione sociale personale
  - ☐ 5) copia del/i cedolino/i della pensione sociale del familiare/i
  - ☐ 6) copia della sentenza di separazione omologata
  - ☐ 7) copia del certificato incollocabilità rilasciato dalla Commissione medico legale dell' ASP Trapani- ai sensi della Legge n.68 del 1999
  - ☐ 8) certificato comprovante la situazione di soggetto "ex detenuto"
  - ☐ 9) certificato attestante la detenzione del coniuge
  - ☐ 10) Altro: \_\_\_\_\_
- 

**FIRMA** \_\_\_\_\_

## **DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE**

**Che** i soggetti, che abbiano indebitamente riscosso i contributi, a seguito di dichiarazioni mendaci o a seguito di mancata comunicazione della perdita dei requisiti che hanno consentito l'accesso al servizio , sono tenuti a rimborsare, con effetto immediato, le somme indebitamente introitate.

**Che** in caso di mancato introito delle somme indebitamente rimosse il soggetto richiedente e tutti i componenti del nucleo familiare convivente , non potranno accedere, l'anno successivo, ad alcun servizio economico previsto nel regolamento comunale

**Che** avverso i soggetti che, in presenza di accertata indebita erogazione dei contributi, non provvedano, dopo la contestazione, alla restituzione delle somme in forma volontaria, si procederà ad inoltrare denuncia alla competente Autorità Giudiziaria.

## **DI ESSERE A CONOSCENZA**

**Che il personale dell'Ufficio di Segretariato Sociale, di questa A. Comunale, in Via Falcone,5 è disponibile dal giorno 1 Marzo al 31 Marzo 2010 ad offrire la propria consulenza per la corretta compilazione della domanda.**

**Che** l'Amministrazione Comunale, determinerà per ciascun servizio di assistenza economica gli Enti territoriali da coinvolgere nello svolgimento dei controlli amministrativi finalizzati all'accertamento della rispondenza di quanto autocertificato e prodotto nell'ambito dell'istanza.

**Che** l'Amministrazione Comunale per il Contributo economico Temporaneo o Continuativo 4 e 10 mesi ai fini dei controlli di cui sopra procederà al sorteggio di un campione pari al 30 % del totale delle istanze esitate positivamente.

**Che** l'Amministrazione Comunale per esigenze di bilancio ed amministrative potrà erogare i contributi in questione in unica soluzione entro il mese di Dicembre 2010.

## **IL SOTTOSCRITTO**

si impegna a comunicare immediatamente al personale tecnico e amministrativo dell'Ufficio di Servizio Sociale qualsiasi variazione che comporti la modifica dei requisiti di accesso o il mantenimento del beneficio già concesso.

La dichiarazione viene resa dal sottoscritto consapevole delle sanzioni penali previste dal D.P.R. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni.

## IL SOTTOSCRITTO

presta il proprio consenso per il trattamento dei dati personali in relazione allo svolgimento degli interventi per ragioni d'ufficio, ai sensi della normativa vigente anche per via informatica/ telematica.

Marsala \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

.....  
SPAZIO RISERVATO ALL'ENTE.....  
.....

L'Operatore ..... ha offerto la propria consulenza per la presentazione della domanda relativa al Contributo economico.

Marsala \_\_\_\_\_

Operatore  
\_\_\_\_\_