

**Istanza per l'inserimento nei Cantieri di Servizi istituiti a norma della L.R. n.5 del 19.05.2005 -
- Anno 2024 -**

Il/la sottoscritto/a.....nato/a.....il.....

Con residenza anagrafica nel Comune di Barrafranca Via.....

n°.....C.F. n.....tel/Cell.....

CHIEDE

Di essere ammesso/a ai Cantieri di Servizi di cui all'art.1 della L.R. 19/05/2005 n.5 e successive modifiche ed integrazioni, per l'annualità **2024** -

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445, sotto la propria responsabilità e consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia

DICHIARA

- 1. Di essere intestatario della scheda anagrafica;
- 2. Di essere stato beneficiario del R.M.I. ai sensi del decreto leg.vo n.237/98, ultimo anno di sperimentazione (Febbraio 2003 - Gennaio 2004)
- 3. Di avere partecipato alle attività relative alla annualità **2023**;
- 4. Di **non avere** formalizzato, per l'anno **2023**, alcun atto di rinuncia;
- 5. Di percepire l'Assegno di inclusione;
- 6. Di non percepire l'assegno di inclusione;
- 7. Che il proprio nucleo familiare è così composto:

Rap. di parentela	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Qualifica
1 Intestatario			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

- 8. Che il sottoscritto intestatario della scheda anagrafica risulta disponibile ad essere utilizzato nei programmi di lavoro;
- 9. Tutti i componenti il proprio nucleo familiare sono in possesso dello status di disoccupato o inoccupato;

10. il N.F. nell'anno 2023 (dal 1° Gennaio al 31 Dicembre) ha percepito i seguenti redditi €
derivanti da:

<input type="checkbox"/> lavoro forestale €.	<input type="checkbox"/> malattia €.	<input type="checkbox"/> disoccupazione €.
<input type="checkbox"/> piccolo colono €.	<input type="checkbox"/> malattia €.	<input type="checkbox"/> disoccupazione €.
<input type="checkbox"/> bracciante agricolo €.	<input type="checkbox"/> malattia €.	<input type="checkbox"/> disoccupazione €.
<input type="checkbox"/> lavoro dipendente €.	<input type="checkbox"/> malattia €.	<input type="checkbox"/> disoccupazione €.
<input type="checkbox"/> lavoro autonomo €.	<input type="checkbox"/> malattia €.	<input type="checkbox"/> disoccupazione €.
<input type="checkbox"/> pensione d' invalidità Civile €.		
<input type="checkbox"/> assegni di mantenimento €.		
<input type="checkbox"/> Assegno di inclusione €		
<input type="checkbox"/> Altro €		

**N.B. I seguenti redditi non vanno dichiarati: Assegni familiari, assegni di maternità, assegno unico ,
 indennità di accompagnamento (legge 18/80), contributi integrativi canone locazione , contributi libri di
 testo e borse di studio, indennità di frequenza.**

- 11. Che il proprio N.F., come patrimonio immobiliare, **possiede**, la sola abitazione principale, valore immobiliare non superiore a € 90.000,00 (G.C. n. 44 del 26/05/2015);
- 12. Che il proprio N.F **non possiede** la casa di abitazione;
- 13. Che il proprio N.F. **possiede** quote indivise di altre proprietà immobiliari, ovvero appezzamenti di terreni purchè il valore immobiliare, sommato al valore della abitazione principale, ove posseduta, non superi la soglia fissata dal Comune € 90.000,00 – (G.C. n. 44 del 26/05/2015) ;
- 14 Sono presenti nel nucleo familiare n. _____ componenti con **handicap di cui all'art. 3, comma 3, L. 104/92 o di invalidità superiore al 66% (da comprovare con certificazione) -**
- 15. Che il proprio nucleo familiare possiede un patrimonio mobiliare che non supera la soglia di € 5.818,93 (nota regionale n. 3933 del 28/01/15)-
- 16. Che il proprio nucleo familiare non possiede patrimonio mobiliare.
- 17. Altro

SI IMPEGNA

- Ai sensi dello articolo 10 del D.to L.vo n. 237/98 a comunicare **tempestivamente ogni variazione**, anche derivante dalla mutata condizione familiare, delle condizioni di reddito e di patrimonio, pena la revoca del beneficio -
- Gli operatori dell'Azienda Demaniale della Regione Sicilia, Piccoli Coloni e Braccianti Agricoli, devono comunicare, "**tempestivamente**", agli Uffici Servizi alla Persona (III Settore), il periodo in cui sono impegnati come lavoratori stagionali, eventuale periodo di malattia e relativa indennità percepita da parte dell'INPS -
- Ad esigere l'erogazione delle **indennità dopo** che il competente Assessorato Regionale avrà emesso il relativo Ordine di Accreditamento.

Si allega:

- Copia di valido documento di identità;
- Copia certificazione attestante l'handicap.(L.104/92 art 3 comma 3 –Invalidità superiore al 66%) -

Barrafranca/..... / 2024

IL RICHIEDENTE

.....

Formula di acquisizione del consenso dell'interessato al trattamento dei propri dati personali –

Il/la sottoscritto/a , con la firma apposta alla presente istanza, presta il proprio consenso affinché il Comune di Barrafranca proceda al trattamento dei dati personali per le finalità specifiche dell'intervento di cui alla presente.

Data.....

Firma.....