

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEL D.P.R. N. 445/2000

**DOMANDA DI ACCESSO ALLA
MISURA REGIONALE “REDDITO DI INCLUSIONE SOCIALE “
REIS 2024/2026 - PARTE SECONDA –
ALTRI INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ’
PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE:**

dal _____ **e** fino ad esaurimento delle risorse disponibili per tale intervento eventualmente
oltre il 31/12/2026 a seguito di proroga regionale.

La/Il sottoscritto/a	_____	nato/o a	_____
in data	____/____/____	residente a	VILLAURBANA in
via/piazza	_____		
Codice Fiscale	____	Tel/cell.	_____
_____	mail	_____	consapevole delle sanzioni
previste dal D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci			

CHIEDE

Di essere ammesso a fruire dei benefici previsti dal Programma regionale “Reddito di inclusione sociale – R.E.I.S-. 2024/2026 – PARTE SECONDA – ALTRI INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ” di cui alla Legge Regionale n. 18 del 2 agosto 2016, della L.R. n. 4/2021 art. 3 commi 4 e 5, e della D.G.R. n. 30/55 del 05/06/2025.

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000, l’Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall’art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000;

DICHIARA QUANTO SEGUE

ai sensi del D.P.R. 445 del 2000

- ☐ di essere cittadino italiano;
- ☐ di essere cittadino comunitario;
- ☐ di essere cittadino straniero in possesso di regolare titolo di soggiorno;
- ☐ di essere residente nel Comune di Villaurbana al momento della presentazione della domanda;

*che il proprio nucleo familiare (corrispondente allo stato di famiglia anagrafico) è così composto:

Nome e Cognome	Grado di parentela con il richiedente	Luogo e data di nascita	Attività svolta (professione o scuola frequentata)
RICHIEDENTE	*****	*****	

☐ che il proprio ISEE (ordinario e/o corrente) in corso di validità non supera gli € 15.000,00 (come da allegato);

☐ di aver avuto un peggioramento della propria situazione economica e che il valore dell'Attestazione ISEE Corrente del proprio nucleo familiare è pari a € _____ (come da allegato);

☐ di essere escluso dal mercato del lavoro da n°. _____ mesi;

☐ che il peggioramento della propria situazione è determinata dalla seguente motivazione:

() perdita del lavoro e/o riduzione consistente del proprio reddito familiare non attestabile dall'ISEE corrente;

() situazione sanitaria precaria in assenza o attesa dei relativi benefici economici, con particolare attenzione ai pazienti dimessi dall'ospedale che hanno perso la propria autosufficienza e necessitano di assistenza domiciliare;

() persone ricoverate e/o dimesse dall'ospedale che devono prendersi cura di un congiunto non autosufficiente o, nel caso di disabili, i minorenni/maggiorenni non capaci di provvedere a loro stessi e assistiti da parenti, per malattia o decesso dei genitori;

() situazione abitativa incerta (rischio di sfratto, coabitazione, usufrutto temporaneo, difficoltà a sostenere le spese del canone di locazione o del mutuo, difficoltà a sostenere il pagamento delle utenze domestiche, ecc.);

() situazioni di emarginazione sociale, o condizione di rischio sociale correlata a dipendenze, problematiche giudiziarie, ecc.;

() presenza di minori e/o anziani non autosufficienti;

() assenza di relazioni parentali considerabili "risorse" (familiari civilmente obbligati ex art. 433 c.c.);

() Altro (specificare ogni altro elemento di disagio aggravante la situazione di bisogno):

☐ che rispetto alla misura regionale del REIS parte PRIMA si trova nella seguente situazione:

() di non essere beneficiario di REIS parte Prima;

() di aver presentato (o un componente del nucleo familiare ha presentato) Istanza REIS e la stessa è stata respinta;

☐ che rispetto alla misura dell'Assegno di Inclusione (ADI) si trova nella seguente situazione:

() di essere beneficiario (o un componente del nucleo familiare è beneficiario) di A.D.I.
per l'importo mensile pari ad € _____ ;

Dichiara inoltre:

- **di conoscere e accettare** senza riserve quanto contenuto nell'Avviso Pubblico del Comune di Villaurbana finalizzato all'acquisizione delle istanze per l'erogazione della Misura Regionale REIS parte Seconda nonché nelle Linee Guida Regionali approvate con D.G.R. n. 30/55 del 05.06.2025;
- **di accettare il progetto individualizzato** che verrà eventualmente 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:**
 - 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;
 - 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 o rimodulati in caso di esaurimento delle risorse disponibili;
 - che la misura /prestazione sociale erogata dovrà essere trasmessa all'INPS - SIUSS (già Casellario dell'Assistenza);

Accredito sul proprio conto corrente bancario/postale presso _____
 Filiale/Agenzia di _____ intestato a _____

>Codice Iban:

[illegible]

- 3

DICHIARA altresì:

- di aver preso visione dell'Informativa Privacy del Comune di Villaurbana allegata in calce al presente modulo/ domanda ai sensi del regolamento generale sulla protezione dei dati (UE) n. 2016/679 (GDPR) relativo/a all'Avviso pubblico comunale "AVVISO PUBBLICO PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE DI AMMISSIONE ALLA MISURA REGIONALE REDDITO DI INCLUSIONE SOCIALE – R.E.I.S. 2024/2026 – PARTE SECONDA – ALTRI INTERVENTI DI CONTRASTO ALLA POVERTÀ" per l'assegnazione di benefici economici di cui alla L.R. n. 18 del 2 agosto 2016, alla L.R. n. 4/2021 art. 3 commi 4 e 5 e alla D.G.R. n. 30/55 del 05.06.2025, e di averla compresa in tutte le sue parti;
- 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;
- di acconsentire al trattamento dei dati, anche sensibili con enti terzi, in quanto necessari alla gestione della presa in carico;
- di essere a conoscenza che l'eventuale rifiuto al trattamento dei dati raccolti comporta l'impossibilità di accedere alla richiesta di contributo economico;
- 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).

ALLEGATI (obbligatori) alla presente:

- ☐ copia del documento d'identità in corso di validità e codice fiscale del richiedente;
- ☐ copia dell'attestazione ISEE in corso di validità (ordinario o corrente);
- ☐ copia del titolo di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari);
- ☐ copia ricevuta dell'INPS attestante l'esito negativo o decadenza dell'ADI (nei casi richiesti);
- ☐ eventuale altra documentazione o certificazione ritenuta utile per la valutazione dello stato di bisogno (es. anagrafica centro per l'impiego attestante la situazione lavorativa, certificazione sanitaria, bollette, copia ricevuta dell'INPS attestante l'esito negativo o decadenza dell'ADI, autodichiarazione relativa all'importo mensile percepito se beneficiario dell'ADI, etc..)

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

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____

N.B. L'autodichiarazione deve essere firmata con firma leggibile e presentata unitamente ad un documento di identità del richiedente