



**UFFICIO PER LA PROGRAMMAZIONE  
E GESTIONE ASSOCIATA DEI SERVIZI ALLA PERSONA**

**Comune Capofila Olbia (SS)**

**Via Perugia n. 3**

**Tel. 0789/52043-2034/2057**

\*\*\*\*\*

*Alà dei Sardi, Arzachena, Berchidda, Buddusò, Budoni, Golfo Aranci, La Maddalena, Loiri - Porto San Paolo, Monti, Olbia, Oschiri, Padru, Palau, Sant'Antonio di Gallura, Santa Teresa di Gallura, San Teodoro, Telti*

**AL COMUNE DI OLBIA**  
**Settore Servizi Alla Persona**  
*Ufficio Di Piano- Gestione Integrata*  
[servizi.alla.persona@pec.comuneolbia.it](mailto:servizi.alla.persona@pec.comuneolbia.it)

**Domanda per l'accesso all'intervento  
Reddito di Libertà per le donne vittime di violenza - L.R. n.33/2018**

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà  
(artt. 38, 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000, n. 445)**

La sottoscritta \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ stato civile

\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

OPPURE DOMICILIATA a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

recapito postale \_\_\_\_\_ telefono(obbligatorio)

\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

pec \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Di beneficiare dell'intervento Reddito di Libertà sostegno economico a favore di donne vittime di violenza

### A TAL FINE

Consapevole delle conseguenze e responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o in caso di falsità in atti punite dal codice penale e dalle leggi penali in materia (ai sensi degli artt. 75, 76 e 77 del D.P.R. 445/2000) e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti,

**DICHIARA** (barrare con la x la voce che interessa)

di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_

di essere domiciliata nel Comune di \_\_\_\_\_

che la propria situazione familiare attuale è così composta, come di seguito elencati:

N.	Cognome	Nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Relazione di parentela
1					
2					
3					
4					
5					
6					

di essere cittadina italiana;

di essere cittadina dello Stato \_\_\_\_\_ appartenente alla Comunità Europea;

di essere cittadina di Paese Terzo, dello Stato \_\_\_\_\_;

che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_\_\_ figli con disabilità ai sensi della Legge n.104/92;

di essere a conoscenza che il contributo sarà erogato nei limiti delle risorse assegnate al Plus del Distretto di Olbia dalla Regione Autonoma della Sardegna;

Di trovarsi nella seguente condizione personale:

- condizione di stato di salute \_\_\_\_\_  
(allega copia certificazione sanitaria);
- stato di gravidanza (allega certificazione sanitaria);
- di essere in possesso del certificato di disabilità ai sensi della Legge n.104/92;
- di essere in possesso del seguente titolo di studio  
\_\_\_\_\_;
- di essere in possesso del seguente reddito personale \_\_\_\_\_  
(allega copia di eventuale dichiarazione dei redditi personale o ISEE);
- di essere o essere stata ospite presso la Casa di Accoglienza per Vittime di Violenza  
di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- di essere o essere stata ospite presso una struttura simile ad una Casa di Accoglienza (di cui  
all'Allegato alla Delib. G.R. n. 27/29 del 10.08.2023) di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_;
- che l'inserimento presso la Casa di Accoglienza è avvenuto in condizione di pericolo imminente;

**Dichiara inoltre:**

- di impegnarsi a seguire un progetto personalizzato volto al raggiungimento dell'autonomia ed emancipazione;

**Allega:**

- copia certificazione sanitaria comprovante il proprio stato di salute;
- copia certificazione sullo stato di gravidanza;
- copia, personale o degli eventuali figli, del certificato di disabilità ai sensi della Legge n.104/92;
- copia eventuale dichiarazione reddituale e patrimoniale personale;
- Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità;
- Eventuale copia delle disposizioni dell'autorità giudiziale (separazione, affidamento, ecc.);

La sottoscritta si impegna a comunicare tempestivamente ogni modifica della composizione del nucleo familiare o della situazione economica patrimoniale, che comporti un cambiamento nella posizione ai fini dell'intervento oggetto della presente istanza. Dichiara altresì di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli dal Comune, dal Plus Distretto di Olbia, dalla Guardia di Finanza, dall'Agenzia delle Entrate, dal Ministero delle Finanze e da altri enti erogatori

per verificare la veridicità di quanto dichiarato anche mediante la consultazione delle banche dati in loro possesso.

Di essere informata che i dati raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (art. 13 del regolamento UE 2016/679). - Di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui al regolamento UE 2016/679 contenuta nel retro della presente autocertificazione;

Con la firma posta in calce alla presente si sottoscrive quanto dichiarato.

**N. B. leggere e sottoscrivere l'informativa sul trattamento dei dati**

\_\_\_\_\_ li, \_\_\_\_\_

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

**INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI**  
Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016. Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

Il/ La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Olbia li, \_\_\_\_\_

Firma per accettazione

\_\_\_\_\_