

***Al Responsabile dell'Ufficio di Piano
del Distretto Socio Sanitario n. 45***

Per il tramite del Comune di _____

**Oggetto: Istanza di ammissione ai Lavori di Utilità Collettiva (L.U.C.) - 3° Annualità del PdZ 2013/2015.
Dichiarazione sostitutiva resa ai sensi dell'art. 47 del DPR 28.12.2000, n. 445.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

C.F. _____ e residente in via/ piazza _____

n. _____ Comune di _____ CAP _____ Prov. _____ Tel. _____

DICHIARA

- Di essere residente nel Comune di _____ da almeno 3 anni.
- Dichiaro che il nucleo familiare è così composto:

Cognome e Nome	Rapporto Familiare <i>Dichiarante</i>	Luogo e Data di nascita

- Di non essere accolto presso centri o strutture di accoglienza la cui retta è a carico totale o parziale del Comune di appartenenza.
- Che l'istante e i componenti del nucleo familiare non sono percettori di Reddito di Cittadinanza (RdC).

CHIEDE

Di partecipare all'Avviso del progetto LUC.

Allega alla presente:

- Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), ai sensi del D.P.C.M. n° 159 del 05/12/13 e succ., ovvero Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) nelle more del rilascio del modello I.S.E.E. da parte di ente abilitato e deve essere riferita al beneficiario e a tutti i componenti il nucleo familiare quali risultano nello stato di famiglia;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità;
- **Stranieri residenti** che siano in possesso di carta di soggiorno o permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno;
- Copia dell'affidamento ai servizi sociali per i soggetti in esecuzione penale.

Il sottoscritto **dichiara** che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha inoltrato istanza per l'inserimento nella graduatoria dei LUC e di essere consapevole della decadenza del beneficio per dichiarazione rese non veritiere punibili ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Data _____

Firma

CONSENSO DA PARTE DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO E ALLA DIFFUSIONE DEI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a dopo essere stat___ informat___ ai sensi dell'art.13 del nuovo codice sulla privacy (D.Lgs 196 del 30 giugno 2003);
preso atto che i trattamenti verranno effettuati comunque nei limiti posti dalla legge inclusi i profili inerenti la salvaguardia della loro riservatezza;

ESPRIME

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali che l___ riguardano ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie correlate all'oggetto della prestazione ed il proprio consenso al trattamento dei propri dati ai fini statistici epidemiologici e di ricerca scientifica, ivi includendovi la comunicazione, diffusione e il trasferimento all'estero nei casi previsti dalla legge.

Data _____

Firma
