

**Alla Zona Sociale n.4**  
**c/o Comune di \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
**comune. @postacert.umbria.it**

**PROGETTO “OPERATORE SOCIALE DI CONDOMINIO E DI QUARTIERE” RIVOLTO  
A PERSONE ULTRASESSANTACINQUENNI RESIDENTI NEI COMUNI DELLA ZONA  
SOCIALE N.4.**

Il/La sottoscritto/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Numero Telefono \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ E – mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'Avviso finalizzato all'individuazione delle persone beneficiarie del Progetto “Operatore Sociale di Condominio e di Quartiere” con la seguente modalità

azione d'intervento di assistenza diretta, denominata “Operatore Sociale di quartiere”, attraverso servizi di welfare leggero compresi nel contratto in essere con il RTI fra le Cooperative Sociali, Polis, Nuova Dimensione e ACTL. (contratto REP n. \_\_\_\_\_ del 23/04/2018)

azione d'intervento di assistenza indiretta autogestita, denominata “Operatore di condominio e di quartiere”, attraverso assistenti liberamente scelti dal beneficiario, individuati prioritariamente tra quelli che risiedono nello stesso Comune.

(barrare la modalità scelta)

A tal fine il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, consapevole della responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 del D.P.R. 445/2000) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 del D.P.R. 445/2000)

## DICHIARA

1. di essere:

- cittadino\ a italiano\ a
- comunitario\ a
- extracomunitario\ a titolare di permesso di soggiorno di lungo periodo
- extracomunitario\ a titolare di carta di soggiorno

2. che il proprio nucleo familiare è così composto:

<b>NOME E COGNOME</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>RAPPORTO DI PARENTELA</b>
		dichiarante

3. di avere figlio/i non facenti parte del nucleo familiare, ma residenti nel/nei Comuni della Zona Sociale:

<b>NOME E COGNOME</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>RAPPORTO DI PARENTELA</b>	<b>COMUNE DI RESIDENZA</b>

4. con ISEE del richiedente pari ad € \_\_\_\_\_ come da dichiarazione che si allega.

**SI ALLEGA ALLA PRESENTE:**

DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'  
CERTIFICAZIONE ISEE (O, IN SUA MANCANZA E' POSSIBILE PRESENTARE LA DSU)

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 –  
Codice in materia di protezione dei dati personali”.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_