

*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. \_\_\_\_\_

### D I C H I A R A

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

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

- Di non essere accolto presso centri o strutture di accoglienza la cui retta è a carico totale o parziale del Comune di appartenenza.
- Di non essere percettore di Reddito di Cittadinanza (RdC).

### C H I E D E

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

\_\_\_\_\_