



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**ALLEGATO 1 DEL FAC-SIMILE DELLA DOMANDA TELEMATICA**

*Destinatari di cui all'art. 6 lett. a) dell'Avviso*

**AVVISO PUBBLICO "SINE LIMES"  
PER LA CONCESSIONE DI BUONI SERVIZIO A FAVORE DI PERSONE  
CON LIMITAZIONE ALL'AUTONOMIA  
POR FSE 2014-2020 – Asse 2 "Inclusione sociale e lotta alla povertà"**

**Priorità di investimento 9iv – Obiettivo Specifico RA09.11CRII07- Azione 9.11.1.c**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI  
(Art. 46 e 47 e art. 5 D.P.R. 445 del 28/12/2000)**

**(SEZIONE A - DA COMPILARE NEL CASO DI DICHIARAZIONE PRESENTATA DA SOGGETTO RIEN-  
TRANTE NELLE CASISTICHE DI DESTINATARIO DI CUI ALL'ART. 6 DELL'AVVISO)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_, Comune di nascita \_\_\_\_\_,

Provincia di nascita, \_\_\_\_\_, /

Comune di residenza \_\_\_\_\_, Cap \_\_\_\_\_, Provincia di residenza  
\_\_\_\_\_, Indirizzo di residenza

\_\_\_\_\_, /

Comune di domicilio \_\_\_\_\_, Cap \_\_\_\_\_, Provincia di domicilio  
\_\_\_\_\_, Indirizzo di domicilio

\_\_\_\_\_, /

codice fiscale \_\_\_\_\_ /

cittadinanza \_\_\_\_\_ /



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

**(SEZIONE B - DA COMPILARE SOLO NEL CASO DI DICHIARAZIONE PRESENTATA DAL TUTTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/SOGGETTO ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_, Comune di nascita \_\_\_\_\_,

Provincia di nascita \_\_\_\_\_, /

Comune di residenza \_\_\_\_\_, Cap \_\_\_\_\_, Provincia di residenza \_\_\_\_\_,  
Indirizzo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ residenza

\_\_\_\_\_, /

Comune di domicilio \_\_\_\_\_, Cap \_\_\_\_\_, Provincia di domicilio \_\_\_\_\_,  
Indirizzo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ domicilio

\_\_\_\_\_, /

codice fiscale \_\_\_\_\_ /

cittadinanza \_\_\_\_\_ /

**IN QUALITÀ DI** (barrare l'opzione):

tutore, nominato con provvedimento del Tribunale di \_\_\_\_\_  
estremi del provvedimento di nomina (numero e data)

\_\_\_\_\_

amministratore di sostegno, nominato con provvedimento del Tribunale  
di \_\_\_\_\_  
estremi del provvedimento di nomina (numero e data)

\_\_\_\_\_

soggetto esercente la responsabilità genitoriale

**DI:**

**(indicare di seguito i dati del soggetto rappresentato rientrante nelle casistiche di destinatario di cui all'art. 6 dell'avviso)**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Comune di nascita \_\_\_\_\_, Provincia di nascita \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ /

Comune di residenza \_\_\_\_\_, Cap \_\_\_\_\_, Provincia di residenza \_\_\_\_\_,  
Indirizzo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ residenza  
\_\_\_\_\_, /

Comune di domicilio \_\_\_\_\_, Cap \_\_\_\_\_, Provincia di domicilio \_\_\_\_\_,  
Indirizzo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ domicilio  
\_\_\_\_\_, /

codice fiscale \_\_\_\_\_, / cittadinanza \_\_\_\_\_,



**REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e ss.mm.ii

**DICHIARA**

- di essere in possesso della certificazione attestante la disabilità di cui all'art. 3 della Legge 104/92;
- che la condizione economica del nucleo familiare di appartenenza rilevata dalla certificazione I.S.E.E. in corso di validità al momento della presentazione della domanda è pari ad € \_\_\_\_\_ dunque nei limiti dell'importo massimo di 35Mila definito dall'Avviso;
- di essere (*barrare l'opzione*):
  - cittadino comunitario residente o domiciliato nella Regione Sardegna;
  - cittadino non comunitario residente o domiciliato in Sardegna in possesso di regolare permesso di soggiorno.

**IN NOME E PER CONTO DEL RAPPRESENTATO**

*(barrare e compilare solo in caso di tutore/amministratore di sostegno/soggetto esercente la responsabilità genitoriale)*

- che \_\_\_\_\_ (*indicare nome e cognome del rappresentato*) è in possesso della certificazione attestante la disabilità di cui all'art. 3 della Legge 104/92;
- che la condizione economica del nucleo familiare di appartenenza di \_\_\_\_\_ (*indicare nome e cognome del rappresentato*) rilevata dalla certificazione I.S.E.E. in corso di validità al momento della presentazione della domanda è pari ad € \_\_\_\_\_ dunque nei limiti dell'importo massimo di 35Mila definito dall'Avviso;
- che \_\_\_\_\_ (*indicare nome e cognome del rappresentato*) risulta essere (*barrare l'opzione*):
  - cittadino comunitario residente o domiciliato nella Regione Sardegna;
  - cittadino non comunitario residente o domiciliato in Sardegna in possesso di regolare permesso di soggiorno.

**DICHIARA INOLTRE**

- di conoscere e accettare in ogni sua parte le condizioni e i termini previsti nell'avviso per l'erogazione del contributo;
- di essere in possesso/il soggetto rappresentato è in possesso dei requisiti di cui all'art. 6.1 dell'Avviso;
- di aver letto l'informativa per il trattamento dei dati personali di cui all'art. 17 dell'Avviso e di accettarne incondizionatamente e integralmente il contenuto;





**REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA  
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

- di essere a conoscenza che la spesa da presentare nella richiesta di rimborso non dovrà essere già stata finanziata con nessuna altra forma di sostegno o programma/finanziamento UE/nazionale o regionale;
- di essere a conoscenza che la valutazione della posizione avverrà sulla base di quanto dichiarato nella domanda;
- di essere a conoscenza che i servizi ritenuti ammissibili sono quelli indicati nell'art. 11 dell'Avviso;
- di non usufruire/che il soggetto rappresentato non usufruisce di un servizio residenziale;
- di essere informato che l'iniziativa è cofinanziata dall'Unione Europea attraverso il Fondo Sociale nell'ambito del POR FSE Sardegna 2014-2020 e che l'accettazione del finanziamento costituisce accettazione della sua inclusione nell'elenco delle operazioni pubblicato ai sensi dell'art. 115, paragrafo 2, del Regolamento (UE) n. 1303 del 20/12/2013;
- di essere informato che i dati saranno trasmessi Sistema ARACHNE, il Risk Scoring Tool adottato a livello comunitario per la prevenzione delle frodi nella programmazione 2014-2020, tramite il Sistema Nazionale di Monitoraggio, per l'elaborazione degli indicatori previsti al Regolamento (CE) 45/2001;
- di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli sulla veridicità di quanto dichiarato ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii.

*Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679) e dichiaro di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.*

Luogo e data

FIRMA  
(firma digitale/autografa)

