



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ALLEGATO 2 DEL FAC-SIMILE DELLA DOMANDA TELEMATICA

Destinatari di cui all'art. 6 lett. b) 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 AUTONOMA 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'articoli 76 del Decreto del Presidente della Repubblica del 28 dicembre 2000, n. 445 e ss.mm.ii. sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di essere in carico presso il centro di salute mentale ubicato a _____ in via _____
- 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*) risulta essere in carico presso:
 - il centro di salute mentale ubicato a _____ in via _____
 - l'Unità Operativa di Neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (UONPIA) ubicata a _____ in via _____
- 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*):



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

- 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;
- 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)

