

ALLEGATO B

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ a _____

Il _____ C.F. _____

Residente a _____ in Via _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di dichiarazioni non veritiere

DICHIARA

DISAGIO SOCIO FAMILIARE	
Indicatori di riferimento	Punti
<input type="checkbox"/> Componente familiare detenuto	+2 +1 punto per ogni componente che presenta le stesse condizioni oltre il 1°
<input type="checkbox"/> Minori sottoposti a provvedimenti dell'A.G.	+3 +1 punto per ogni minore presente affidato alle A.G. oltre il 1°
<input type="checkbox"/> Presenza di anziani disabili o disabili mentali; utenti Ser. T.; portatori di handicap (art. 3 legge 104/92)	+3 +1 punto per ogni minore presente affidato alle A.G. oltre il 1°

INDICATORI DI RIFERIMENTO	
<input type="checkbox"/> Richiedente unico componente familiare	+1
<input type="checkbox"/> Nucleo familiare fino a 2 componenti	+2
<input type="checkbox"/> Nucleo familiare fino a 4 componenti	+3
<input type="checkbox"/> Nucleo familiare fino a 6 componenti	+4
<input type="checkbox"/> Nucleo familiare oltre a 6 componenti	+5
<input type="checkbox"/> Nucleo composto da un unico genitore o separato/divorziato con figli minori	+2 +1 punti per ogni minore oltre il primo
<input type="checkbox"/> Nucleo familiare con studenti	+2 +1 punti per ogni altro minore oltre il primo

Il partecipante esprime il consenso previsto ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, N. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) al trattamento dei dati che la riguardano per le finalità istituzionali.

Luogo e data

Firma

N. B. Allegare fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità del sottoscrittore.