



COMUNE DI BUCCHERI  
 ( Libero Consorzio Comunale di Siracusa )  
 Palazzo Municipale " Dott. V. Spanò"  
 Piazza Toselli N. 1 – 96010 BUCCHERI  
 Tel 0931880359 - Fax 0931880559

## AVVISO PUBBLICO

Si rende noto che il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con Decreto del 16 marzo 2017 ha modificato alcuni criteri di accesso, al fine di ampliare il numero dei nuclei familiari beneficiari del progetto denominato:

### SOSTEGNO PER L'INCLUSIONE ATTIVA

Si ribadisce che il S.I.A. è una misura di contrasto alla povertà che prevede l'erogazione di un sussidio economico alle famiglie in condizioni economiche disagiate.

Il sussidio è subordinato all'adesione ad un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa.

Possono accedere al beneficio i nuclei familiari in possesso dei seguenti requisiti:

- **Requisiti familiari:** presenza di almeno un componente di minore età o di un figlio disabile, ovvero una donna in stato di gravidanza accertata
- **Requisiti economici :** ISEE inferiore ad €. 3.000,00
- **Valutazione del bisogno:** da effettuare mediante una scala di valutazione multidimensionale che tiene conto dei carichi familiari, della situazione economica e della situazione lavorativa, in base alla quale il nucleo familiare richiedente ottenga un punteggio uguale o superiore a 25.

I requisiti di accesso saranno verificato sulla base dell'ISEE in corso di validità.

La richiesta del beneficio dovrà essere presentata al Comune di Buccheri mediante la compilazione di un modulo, predisposto dall'INPS quale Ente erogatore del sussidio economico, e disponibile presso l'Ufficio Servizi Sociali o scaricabile dal sito istituzionale:  
**[www.comunedibuccheri.it](http://www.comunedibuccheri.it)**

Buccheri li 19-05-2017



Il Capo Area AA.GG.  
 Lucia Gianfriddo

## DOMANDA DI SOSTEGNO PER L'INCLUSIONE ATTIVA

Modello di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (artt. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Io richiedente, consapevole che:

- i requisiti devono essere mantenuti per l'intera durata del beneficio, pena la cessazione dello stesso
- l'erogazione potrà essere sospesa in caso di mancata adesione al progetto e in caso di reiterati comportamenti inconciliabili con gli obiettivi del progetto da parte dei componenti del nucleo familiare beneficiario
- i Comuni possono stabilire la revoca o l'esclusione del beneficio nel caso emerga il venir meno delle condizioni di bisogno che lo hanno determinato,

DICHIARO QUANTO SEGUE

### QUADRO A

#### DATI DEL RICHIEDENTE/ TITOLARE DELLA CARTA DI PAGAMENTO

Cognome *(per le donne indicare il cognome da nubile)*

Nome

Codice Fiscale (\*)

*(\*) Le domande prive del codice fiscale corretto del richiedente non saranno esaminate*

Data di nascita

Sesso (M o F)

Stato di cittadinanza

Comune di nascita

Provincia nascita

Stato di nascita

Indirizzo di residenza

Comune di residenza

Prov.

CAP

Documento di riconoscimento:

Tipo

Numero

Rilasciato da:

Ente

Località

Data

Indirizzo presso il quale si intende ricevere la corrispondenza *(solo se diverso dall'indirizzo di residenza)*

Indirizzo

Comune

Prov.

CAP