MODULO 1

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Al Comune di Fossombrone** |
|  | **Ufficio Servizi Sociali**  **Corso Garibaldi 8** |
|  | **61034 Fossombrone (PU)** |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oggetto:** | **Domanda per l’assegnazione di un orto urbano per consumo familiare** |

Il/la sottoscritto/a Vagnini Luca nato a Pesaro il 06/12/1966 residente a Fossombrone Via Gramsci n° 16 cell: 349/3604420

**C H I E D E**

per il proprio nucleo familiare l’assegnazione di n. 1 appezzamento di terreno – orto urbano- per consumo familiare;

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere in caso di dichiarazione falsa o comunque non corrispondente al vero (art. 76 DPR 445 del 28.12.2000)**

di essere in possesso dei seguenti requisiti di cui alla deliberazione di G.C. n. 98 del 14/06/2022:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO (oltre al dichiarante)** | | | | |
| COGNOME | NOME | DATA DI NASCITA | PROFESSIONE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***a) SOLO PER I RICHIEDENTI ORTI SOCIALI (categoria anziani pensionati):***

□ di essere residente nel Comune di Fossombrone;

□ di avere compiuto il 65° anno di età;

□ di essere pensionato;

□ che il sottoscritto non è proprietario, usufruttuario o titolare di qualsiasi diritto reale di appezzamenti di terreno ortivo o agricolo nel territorio comunale così come nessun altro componente del proprio nucleo familiare anagrafico;

□ di essere in grado di provvedere direttamente, anche con l’aiuto di un componente del proprio nucleo famigliare, alla coltivazione dell’orto assegnato;

□ che il sottoscritto e/o i componenti il proprio nucleo familiare (indicare cognomi e nomi) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_si trovano in condizione di Invalidità civile pari ad almeno il 67% debitamente comprovata da apposito verbale della commissione medica emesso dall’Azienda Sanitaria di cui si allega copia;

□ di impegnarsi al rispetto dei criteri stabiliti dalla Giunta Comunale con deliberazione n. 98 del 14/06/2022, nonché al versamento della quota forfettaria annuale di € 30,00 prevista a carico degli assegnatari;

□ di essere a conoscenza che quanto contenuto nella presente autodichiarazione potrà essere sottoposto a verifica da parte degli uffici competenti della pubblica amministrazione.

***b)SOLO PER I RICHIEDENTI ORTI LIBERI (*disoccupati/cassaintegrati, invalidi, in carico ai Servizi Sociali del Comune di Fossombrone)**

□ di essere residente nel Comune di Fossombrone;

□ di avere compiuto la maggiore età;

□ che il sottoscritto non è proprietario, usufruttuario o titolare di qualsiasi diritto reale di appezzamenti di terreno ortivo o agricolo nel territorio comunale così come nessun altro componente del proprio nucleo familiare anagrafico;

□ di essere in grado di provvedere direttamente, anche con l’aiuto di un componente del proprio nucleo famigliare, alla coltivazione dell’orto assegnato;

□ che l'attestazione I.S.E.E in corso di validità, calcolata sul nucleo familiare anagrafico, ammonta a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ come da dichiarazione sostitutiva unica rilasciata in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dal C.A.A.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ che si è richiesta ma non ancora ottenuta l'attestazione ISEE calcolata sul nucleo familiare anagrafico, pertanto si allega la Dichiarazione Sostitutiva Unica – D.S.U. - rilasciata dal C.A.A.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ che il sottoscritto e/o i componenti il proprio nucleo familiare (indicare nomi e cognomi)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_si trovano in condizione di Invalidità civile pari ad almeno il 67% debitamente comprovata da apposito verbale della commissione medica emesso dall’Azienda Sanitaria di cui si allega copia;

□ di essere in condizione di disoccupazione/cassaintegrazione, come da documentazione del Centro per l’Impiego che si allega;

□ che altri componenti il proprio nucleo familiare appartengono alle seguenti categorie, come da documentazione del Centro per l’Impiego che si allega:

□ disoccupato, (cognomi e nomi) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ cassaintegrato (cognomi e nomi) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ che il sottoscritto e/o altri componenti del nucleo famigliare anagrafico sono in carico ai Servizi Sociali del Comune di Fossombrone;

□ di impegnarsi al rispetto dei criteri stabiliti dalla Giunta Comunale con deliberazione n. 98 del 14/06/2022 nonché al versamento della quota forfetaria annuale di € 30,00 prevista a carico degli assegnatari;

□ di essere a conoscenza che quanto contenuto nella presente autodichiarazione potrà essere sottoposto a verifica da parte degli uffici competenti della pubblica amministrazione.

**Dichiara** infine di impegnarsi infine a fornire ogni ulteriore documentazione ritenuta utile dal Comune per l’istruttoria della domanda, ed **autorizza**, ai sensi della vigente normativa sulla privacy, l’acquisizione e il trattamento dei dati personali ai soli fini della presente istanza.

**Si allega:**

-copia documento di identità;

- solo per i cittadini non appartenenti a Paesi dell'Unione europea: copia del titolo di soggiorno in corso di validità ovvero la ricevuta del rilascio/rinnovo del titolo di soggiorno unitamente al titolo di soggiorno scaduto in corso di rinnovo;

-attestazione di invalidità (se posseduta);

-certificazione del Centro per l’Impiego attestante lo stato di disoccupazione/cassa integrazione e attestazione ISEE in corso di validità (solo per la richiesta degli orti liberi, riservati alla categoria dei disoccupati/cassaintegrati, invalidi civili, in carico ai servizi sociali).

Fossombrone, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_