

**DICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000
a cura del/la beneficiario/a del Reddito di Cittadinanza**

Alla Provincia di Cremona

Io sottoscritto/a, ,
Cognome *Nome*

nato/a in il / / ,
Comune/Stato di nascita *Data di nascita*

codice fiscale ,

residente in ,
Comune, Via/Piazza/ecc, numero civico

domiciliato/a in ,
Comune, Via/Piazza/ecc, numero civico

telefono ,

email ,

a conoscenza di quanto previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del citato decreto e consapevole che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dal beneficio del Reddito di Cittadinanza (art. 7 del D.L. 4/2019 come convertito dalla Legge n. 26/2019),

DICHIARO

(Nota alla compilazione: le sezioni 1, 2 e 3 sono tra loro alternative)

0. NUCLEO FAMILIARE (da compilare da almeno un componente del nucleo):

di essere beneficiario/a del Reddito di Cittadinanza in qualità di richiedente / componente e che il proprio nucleo familiare è così composto:

#	COGNOME	NOME	CODICE FISCALE	POS. (*)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

(*) Per ogni componente indicare la lettera di una o più delle seguenti posizioni:

C: coniuge

F: figlio

D: disoccupato

O: lavoratore subordinato/autonomo

P: pensionato

S: studente

I: disabile ai sensi della L. 68/99

A: altro (specificare grado di parentela/affinità e/o altre condizioni)

H: componente in stato detentivo o ricoverato in istituto di cura di lunga degenza o altra struttura residenziale a totale carico dello Stato o di altra amministrazione pubblica¹

¹ Componente del nucleo di cui non si tiene conto nel calcolo del parametro della scala di equivalenza di cui all'art. 3, comma 13 del D.L. 4/2019 come convertito dalla L. n. 26/2019 e che pertanto si considera ESONERATO dagli obblighi previsti dalla normativa.

1. OBBLIGO DI ATTIVAZIONE ed eventuale ESONERO (art. 4 del D.L. 4/2019 come convertito dalla L. n. 26/2019)

di trovarmi in una delle seguenti condizioni:

- a) di non aver sottoscritto un progetto personalizzato REI ad oggi attivo ed inoltre di:
- essere in assenza di occupazione da non più di 2 anni;
 - essere percettore della NASpI (o di altro ammortizzatore sociale per la disoccupazione involontaria) o di averne terminato la fruizione da non più di un anno;
 - aver sottoscritto un Patto di Servizio Personalizzato (PSP) ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. n. 150/2015 negli ultimi 2 anni e che tale PSP è ad oggi attivo;
- b) di aver sottoscritto sia un progetto personalizzato REI presso i Servizi competenti per il contrasto alla povertà del Comune di sia un Patto di Servizio Personalizzato (PSP) ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs. n. 150/2015 e che tale PSP è stato sottoscritto negli ultimi 2 anni ed è ad oggi attivo;
- c) di avere un'età compresa fra 18 e 29 anni, indipendentemente dal possesso dei requisiti di cui alle lett. a) e b) sopraindicate;
- d) di essere stato convocato dai servizi competenti per il contrasto alla povertà del Comune di , i quali hanno valutato che la misura più idonea alla mia situazione sia l'adesione ad un percorso personalizzato di accompagnamento all'inserimento lavorativo erogato dal Centro per l'Impiego. Si allega a tal proposito l'eventuale documentazione rilasciata.

PERTANTO

sono consapevole dell'**obbligo di adesione** ad un percorso personalizzato di accompagnamento al lavoro, che sarà definito nel *Patto per il Lavoro* o nell'equivalente *Patto di Servizio Personalizzato* (art. 20 del D.lgs. n. 150/2015);

(oppure)

sono consapevole dell'obbligo di adesione ad un percorso personalizzato di accompagnamento al lavoro, che sarà definito nel *Patto per il Lavoro* o nell'equivalente *Patto di Servizio Personalizzato* (art. 20 del D.lgs. n. 150/2015). Tuttavia, avendo in corso la seguente **misura di politica attiva** con

l'operatore con termine

al / / , sarò convocato dal Centro per l'Impiego entro 30 giorni dalla data di conclusione della suddetta misura;

(oppure)

sono consapevole dell'obbligo di adesione ad un percorso personalizzato di accompagnamento al lavoro, che sarà definito nel *Patto per il Lavoro* o nell'equivalente *Patto di Servizio Personalizzato* (art. 20 del D.lgs. n. 150/2015). Tuttavia, essendo nella situazione di seguito indicata, **richiedo l'ESONERO** da tali obblighi²:

componente del nucleo familiare con carichi di cura nei confronti di uno o più soggetti minori di tre anni di età³;

componente del nucleo familiare con carichi di cura nei confronti di un componente con disabilità grave o non

autosufficiente, Sig./Sig.ra (inserire cognome e nome)

come definito ai fini ISEE. Si allega a tal proposito idonea documentazione attestante la condizione di disabilità grave/non autosufficienza⁴;

lavoratore che ha in essere un rapporto di lavoro subordinato o autonomo a decorrere dal / / e da cui deriva un reddito annuo corrispondente a un'imposta lorda **pari o inferiore** a € 8.145,00 in caso di lavoro subordinato e € 4.800,00 in caso di lavoro autonomo (art. 13 del DPR n. 917/1986) e che impiega nell'attività lavorativa il seguente tempo di lavoro (desumibile anche dalla comunicazione obbligatoria):

più di 20 ore settimanali;

più di 25 ore settimanali comprensive del tempo impiegato per raggiungere il posto di lavoro;

² Ai sensi dell'art. 4 comma 3 del D.L. 4/2019 come convertito dalla Legge n. 26/2019 e dell'Accordo della Conferenza Unificata del 01/08/2019.

³ Può essere esonerato al massimo un componente anche nei casi in cui il nucleo familiare comprenda più di un minore

⁴ Può essere esonerato un componente per ciascun soggetto con disabilità. Pertanto, non possono essere esonerati due o più componenti del nucleo familiare per la cura di una medesima persona disabile o non autosufficiente.

persona frequentante il seguente corso di formazione per il raggiungimento della qualifica o del diploma professionale:

titolo del corso:

Istituto/ente erogatore (denominazione):

data presunta di fine corso: / / ;

persona che si trova in condizioni di salute certificate da un medico competente (inclusa la condizione di donna in stato di gravidanza), tali da non consentire la partecipazione ad un percorso di inserimento lavorativo.

Si allega a tal proposito idonea documentazione;

persona impegnata in un tirocinio extracurricolare (formativo, di orientamento, di inserimento/reinserimento lavorativo) di cui all'Accordo Stato-Regioni del 25 maggio 2017, con termine (*inserire la data di fine tirocinio presunta*):

/ / .

2. ESCLUSIONE DAGLI OBBLIGHI DI ATTIVAZIONE (art. 4, co. 2 del D-L 4/2019 come convertito dalla L. 26/2019)

di trovarmi in una delle seguenti condizioni:

persona di età inferiore a 18 anni;

persona di età uguale o superiore a 65 anni;

persona che ha in essere un rapporto di lavoro subordinato o autonomo a decorrere dal / / ⁵ da cui deriva un reddito annuo lordo corrispondente a un'imposta lorda **superiore** a € 8.145,00 in caso di lavoro subordinato e € 4.800,00 in caso di lavoro autonomo (art. 13 del DPR n. 917/1986);

persona beneficiaria di Pensione di Cittadinanza;

persona beneficiaria di pensione diretta;

persona frequentante con regolarità il corso di studio (Istruzione/Formazione professionale) di seguito indicato con termine al

(*inserire la data di fine corso presunta*) / / :

scuola secondaria superiore di secondo grado

corso di istruzione e formazione professionale o istruzione e formazione tecnica superiore (IeFP, IFTS)

corso di istruzione terziaria (laurea, ITS), a cui risulta iscritto in corso o iscritto fuori corso da non più di un anno

corso di specializzazione o di dottorato, a cui risulta iscritto in corso o iscritto fuori corso da non più di un anno

persona con disabilità come definita ai sensi della legge 12 marzo 1999, n. 68 e accertata dalle competenti commissioni mediche;

PERTANTO

rientro nei casi di **ESCLUSIONE** dagli obblighi di attivazione;

oppure, solo nel caso di persona con disabilità ex L. 68/99

richiedo, pur rientrando nei casi di ESCLUSIONE previsti dalla normativa, di aderire volontariamente a un percorso personalizzato di accompagnamento all'inserimento lavorativo/all'inclusione sociale che dovrà tenere conto delle specifiche condizioni e necessità.

3. DI NON TROVarmi IN NESSUNA DELLE CONDIZIONI SOPRA DESCRITTE

pertanto, rimango a disposizione dei servizi competenti (Centro per l'Impiego e/o Comune) per le future azioni da intraprendere.

Io sottoscritto/a mi impegno a comunicare al Centro per l'Impiego ogni **variazione** della condizione dichiarata (obbligo, esonero ed esclusione dagli obblighi di attivazione previsti dall'art. 4 co. 3 della L. n. 26/2019), entro i seguenti termini:

- 30 giorni dalla cessazione della causa di esonero;
- 30 giorni dalla data di conclusione della misura di politica attiva del lavoro attualmente in corso;

5 **LAVORATORI CHE HANNO IN ESSERE UN RAPPORTO DI LAVORO INIZIATO PRIMA DEL 30.03.2019**: questa categoria di lavoratori sono da escludere indipendentemente dal reddito prospettico perché considerati comunque OCCUPATI. Pertanto indicare solo la data di decorrenza del contratto e depennare tutto quanto scritto dopo la data.

- 30 giorni dal verificarsi della causa di esonero o, se impegnato in una attività definita nel Patto, al primo appuntamento o contatto successivo al verificarsi della causa di esonero;

e di essere altresì consapevole che sarò convocato/a dal Centro per l'Impiego entro 30 giorni dalla data di conclusione della misura di politica attiva attualmente in corso.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

La Provincia di Cremona è titolare del trattamento dei dati personali da lei forniti nella presente domanda. Le finalità sono istituzionali e in attuazione dei servizi da lei richiesti. I trattamenti sono compiuti anche con strumenti informatici e da soggetti terzi (soggetti autorizzati da norme, responsabili del trattamento designati o per finalità di avviamento al lavoro). Può esercitare i suoi diritti sui dati trattati secondo le indicazioni specificate nella scheda informativa completa disponibile all'indirizzo <https://www.provincia.cremona.it/sintesi/privacy>

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. . 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) e del Regolamento UE 2016/679 GDPR "General Data Protection Regulation" che: i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445.

Allegati:

- documento d'identità in corso di validità (solo nel caso in cui l'autodichiarazione sia inviata al Centro per l'Impiego tramite e-mail)
- verbale di invalidità (solo in caso di carico di cura di componente del nucleo con disabilità grave o non autosufficienza)
- certificazione medica specialistica (solo in caso di condizioni di salute tali non da non consentire la partecipazione al percorso)
- altro (specificare)

, / /

Luogo di firma

Data

Firma del/la dichiarante
o, in caso di minore, del genitore o di chi ne fa le veci

(firma oppure nome e cognome in stampatello*)

* IN CASO DI FIRMA NON ORIGINALE (NOME E COGNOME IN STAMPATELLO)

- Il/La sottoscritto/a, non avendo la possibilità di stampare il documento e sottoscriverlo di pugno, si impegna a provvedervi alla prima occasione utile presso il Centro per l'Impiego.