# MODULO RICHIESTA SERVIZIO COLLOCAMENTO MIRATO ART. 18 L. 68/99

# CATEGORIE PROTETTE – ORFANI PER CRIMINI DOMESTICI

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO DI NOTORIETÀ

**(Artt. 46 e 47 del DPR 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) Codice Fiscale Nato/a a il Cittadinanza Domiciliato/a in indirizzo Tel./Cell Residente in indirizzo Tel./Cell. e-mail PEC

 **PER I CITTADINI EXTRA UE:**

Titolo di soggiorno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero titolo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Motivo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data scadenza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data richiesta eventuale sanatoria\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIEDE IL/I SEGUENTI SERVIZIO/I**

**(è possibile indicare uno o più servizi di interesse**)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Prima iscrizione/Reiscrizione L68/99 | [ ]  Rilascio SAP (Scheda Anagrafico Professionale) | [ ]  Stipula Patto di Servizio Personalizzato L68/99 |
| [ ]  Trasferimento di iscrizione dalle liste L68/99 del CPI di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  Aggiornamento L68/99  | [ ]  Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

## Consapevole delle sanzioni penali previste ex art. 76 del DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

## DICHIARA

|  |
| --- |
| Di appartenere alla seguente categoria protetta (art. 18 legge 68/99) |
| **❑ ORFANI PER CRIMINI DOMESTICI**Nome della vittima di crimini domestici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data di nascita della vittima \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado di parentela con la vittima \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Che lo status di orfana/o per crimini domestici è stato certificato da sentenza o certificazione del Tribunale Prefettura di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ❑ Di possedere lo status di disoccupazione |
| **❑ altre dichiarazioni \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**DICHIARA INOLTRE**

* di conoscere le sanzioni amministrative e penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi;
* di sapere che ai sensi dell’art. 75 DPR n. 445/2000: “Fermo restando quanto previsto dall'articolo 76, qualora dal controllo di cui all'articolo 71 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera”
* di sapere che l’ASPAL può verificare la veridicità di quanto dichiarato con controlli anche a campione.

**Consenso al trattamento dei dati personali**

*Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell’informativa sul trattamento dei dati rilasciati allegata, ai sensi dell’art. 13 del GDPR UE 2016/679 e del D. Lgs 196/03 integrato dal D. Lgs 101/2018 recante disposizioni per l’adeguamento dell’ordinamento nazionale al Reg. UE 2016/679.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Firma | Se il cittadino non ha compiuto 18 anni firma del genitore o di chi ne fa le veci |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |