

# DOMANDA DI REDDITO DI LIBERTÀ

Modello di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (artt. 46 e 47, D.P.R. 28 dicembre 2020, n. 455)

Io richiedente, \_\_\_\_\_ consapevole che i requisiti di accesso devono essere mantenuti per l'intera durata del beneficio, pena la revoca dello stesso, chiedo la concessione del reddito di libertà di cui all'art. 105-bis del decreto-legge n. 34 del 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

## DICHIARO QUANTO SEGUE

### DOMANDA PRESENTATA NELL'INTERESSE O IN NOME E PER CONTO DI ALTRI

- La presente domanda è presentata in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale o è delegato.

Se ricorre il suddetto caso, ogni riferimento al "dichiarante" del presente modello, è da intendersi come riferito al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è presentata la domanda.

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso M F

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ Numero civico \_\_\_\_\_

Documento Numero \_\_\_\_\_ Rilasciato da \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Recapito telefonico cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### QUADRO A - DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome (come riportato sul documento d'identità) \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Data di nascita (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Sesso M F

Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato di nascita \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento Numero \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_

Rilasciato da: Ente \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

## QUADRO B - DATI DI RESIDENZA E CITTADINANZA

### RESIDENZA

Dichiaro di essere residente in Italia;

CITTADINANZA (selezionare una delle voci sottoindicate):

Dichiaro di essere:

Cittadino italiano o dell'Unione Europea

Cittadino di paese extracomunitario in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo ovvero aventi lo status di rifugiate politiche o lo status di protezione sussidiaria, titolare di protezione internazionale o apolide (art. 27 del D.lgs 19 novembre 2007, n. 251)

Cittadino di paese extracomunitario in possesso di una delle carte di soggiorno per familiari extracomunitari di cittadini dell'Unione europea previste dagli articoli 10 e 17 del decreto legislativo 6 febbraio 2007, n. 30

Qualora sia stata barrata la casella "Cittadino di paesi terzi in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo ovvero titolare di protezione internazionale o apolide" oppure "Cittadino di paese extracomunitario in possesso di una delle carte di soggiorno per familiari extracomunitari di cittadini dell'Unione europea previste dagli articoli 10 e 17 del decreto legislativo 6 febbraio 2007, n. 30" compilare i seguenti campi:

Numero di permesso \_\_\_\_\_ Data di rilascio (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Eventuale data di scadenza (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Ente che ha rilasciato il permesso \_\_\_\_\_

Richiesto rinnovo del permesso di soggiorno

## QUADRO B - ULTERIORI DATI PER LE COMUNICAZIONI AI CITTADINI

(al fine di facilitare le comunicazioni è richiesto di inserire almeno un recapito)

Indirizzo presso il quale si intende ricevere la corrispondenza legata al Reddito di libertà:

Indirizzo \_\_\_\_\_ Numero civico \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Recapito telefonico cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

## QUADRO C - DATI PAGAMENTO

Bonifico su conto corrente bancario o postale (comprese carte prepagate e IBAN esteri)

IBAN \_\_\_\_\_

Libretto postale

IBAN \_\_\_\_\_

## QUADRO D – ATTESTAZIONE STATO DI BISOGNO.

### ATTESTAZIONE DELLO STATO DI BISOGNO E DELLO STATO DI BISOGNO STRAORDINARIO ED URGENTE AI SENSI DELL'ART. 3 COMMA 4 DEL DPCM 17 dicembre 2020 (art. 47, D.P.R. 445/2000)

Dichiarazione rilasciata dal Servizio sociale professionale

La sig.ra.....C.F. ....

Nata a .....Il ..... residente in .....

via .....n. ....tel.....

ha chiesto di accedere ai benefici previsti per “le donne vittime di violenza, sole o con figli minori, seguite dai centri antiviolenza riconosciuti dalle regioni e dai servizi sociali nei percorsi di fuoriuscita dalla violenza”, al fine di favorirne l’indipendenza economica.

#### PRESO ATTO

Delle evidenze consultabili nella gestione dei servizi sociali e di quanto autocertificato nel modulo di domanda, anche a seguito del colloquio tenutosi in data.....

#### SI EVIDENZIA

1. Che il nucleo familiare della richiedente, è costituito da n.....componenti di cui minori n....., disabili n....., ultrasessantacinquenni n.....;

2. Che la richiedente:

- è in carico dal Servizio Sociale Professionale;
- non è in carico dal Servizio Sociale Professionale.

Nel caso di cittadine di stato extracomunitario barrare la voce corrispondente:

- in possesso del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo di cui all’articolo 9 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286;
- in possesso di una delle carte di soggiorno per familiari extracomunitari di cittadini dell’Unione europea previste dagli articoli 10 e 17 del decreto lgs. 6 febbraio 2007, n. 30.

Ai fini del presente beneficio, alle cittadine italiane sono equiparate le straniere aventi lo status di rifugiate politiche o lo status di protezione sussidiaria (art. 27 del D.lgs. 19 novembre 2007, n. 251).

3. Che, benché la richiedente sia percettore di altra forma di sostegno pubblico (NASPI, CASSA INTEGRAZIONE, PENSIONE DI INVALIDITÀ, ALTRO.....) con importo pari a €..... mensili, sussiste comunque l’esigenza in relazione alla straordinaria ed urgente condizione di bisogno legata alla condizione di violenza nonché alla situazione temporanea di grave necessità.

IL **SERVIZIO SOCIALE** DEL C.I.di.S. (Consorzio intercomunale dei servizi sociali) **ATTESTA:**

- lo stato di bisogno
- lo stato di bisogno straordinario ed urgente ai sensi dell’art. 3 comma 4 del dpcm 20/12/202

data \_\_\_\_\_

L’ASSISTENTE SOCIALE  
\_\_\_\_\_

**QUADRO D - ATTESTAZIONE DEL PERCORSO DI EMANCIPAZIONE**  
**DICHIARAZIONE CHE ATTESTA IL PERCORSO DI EMANCIPAZIONE E**  
**AUTONOMIA INTRAPRESO**

Dichiarazione rilasciata dal Centro anti violenza

Il/La sottoscritto/a.....C.F.....  
Nato/a a .....Il .....  
Residente in.....via.....n.....  
mail..... cell.....  
in qualità di legale rappresentante/ del centro anti violenza.....,  
riconosciuto dalla Regione .....

**Attesto**

che la sig.ra ..... , nata il ..... a.....  
CF .....

residente a ..... domiciliata a.....  
cittadinanza.....

è inserita in un percorso di emancipazione e autonomia intrapreso per la fuoriuscita dalla violenza di genere.

Data e firma

---

## QUADRO E – SOTTOSCRIZIONE DICHIARAZIONE

- Mi impegno a comunicare tempestivamente eventuali variazioni. Consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro che quanto espresso nel modulo è vero ed è accertabile ai sensi dell'articolo 43 del citato D.P.R., ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti.

Data e Firma

---