

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE
PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE
RESPONSABILITÀ (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

DICHIARA:

- A di essere di sesso: ☐ M ☐ F
- B di avere cittadinanza _____,
- C di risiedere
C.a in via/piazza _____ n° _____
C.b Comune _____
C.c CAP _____
C.d Provincia _____
C.e n° tel. _____
C.f n° cell. _____
C.g e-mail _____
- D di non avere residenza ☐ _____,
- E di non avere domicilio ☐ _____
- F (da compilare se la residenza è diversa dal domicilio)
di essere domiciliato in via/piazza _____ n° _____
Comune _____ CAP _____ Pro
vincia _____ n° tel. _____
- G di essere in possesso del seguente titolo di studio (Indicare il titolo di studio più elevato posseduto; in assenza di titolo riconosciuto indicare il titolo maggiormente assimilabile):
- ⇒ 00 Nessun titolo
 - ⇒ 01 Licenza elementare
 - ⇒ 02 Licenza media/avviamento professionale
 - ⇒ 03 Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (Qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (IeFP), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)
 - ⇒ 04 Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università

- ⇒ 05 Qualifica professionale regionale/provinciale post diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS) Diploma universitario o di scuola diretta a fini speciali (vecchio ordinamento)
- ⇒ 06 Diploma di tecnico superiore (ITS)
- ⇒ 07 Laurea di primo livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)
- ⇒ 08 Laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), diploma accademico di II livello (AFAM o di Conservatorio, Accademia di Belle Arti, Accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)
- ⇒ 09 Titolo di dottore di ricerca

H di essere attualmente nella seguente condizione professionale: (barrare una sola casella):

- ⇒ 01 In cerca di prima occupazione (*non ha mai lavorato, non studia e cerca lavoro*) – **Compilare punto G)**
- ⇒ 02 Occupato (*compreso chi ha un'occupazione saltuaria/atipica e chi è in CIG ordinaria*) -
- ⇒ 03 Disoccupato alla ricerca di nuova occupazione (*o iscritto alle liste di mobilità - CIG straordinaria - Contratti solidarietà difensivi*) - **Compilare il punto G)**
- ⇒ 04 Studente
- ⇒ 05 Inattivo diverso da studente (*casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione*)

I di essere alla ricerca di lavoro da (durata) – (compilare in caso di disoccupato o in cerca di prima occupazione; barrare una sola casella):

- ⇒ 01 Fino a 6 mesi (≤ 6)
- ⇒ 02 Da 6 mesi a 12 mesi (≤ 12 mesi)
- ⇒ 03 Da 12 mesi e oltre (> 12)
- ⇒ 04 Non disponibile

J di appartenere a una delle seguenti categorie di vulnerabilità:

- ⇒ 01 Persona disabile
- ⇒ 02 Cittadino/a di paesi terzi
- ⇒ 03 Partecipante di origine straniera
- ⇒ 04 Appartenente a minoranze (comprese le comunità come i Rom)
- ⇒ 05 Persona senzatetto o persone colpite da esclusione abitativa
- ⇒ 06 Persona che vive in zone rurali
- ⇒ 07 Altro tipo di vulnerabilità

DICHIARAZIONE

.....l.....sottoscritt... dichiara di essere a conoscenza che l'intervento è finanziato dal "Programma Nazionale Equità nella Salute" a valere sui fondi europei FESR (Fondo Europeo di Sviluppo Regionale) e FSE+ (Fondo Sociale Europeo Plus)

Allegati n° _____:

- copia documento di identità
- copia documento comprovante i requisiti di vulnerabilità socio – economica (allegato obbligatorio):
 - ⇒ ISEE inferiore a 10.000 euro
 - ⇒ STP
 - ⇒ ENI
 - ⇒ Esenzione per reddito
 - ⇒ Dichiarazione dei Servizi Sociali attestante la situazione di indigenza
 - ⇒ Dichiarazione attestante la situazione di indigenza o disagio socio-economico da parte dell'Ente del Terzo Settore (ETS)
 - ⇒ Documentazione riferita all'intervento di *outreach* svolto in contesti deprivati

Data

Firma del paziente

Per i minori di anni 18 e per le persone con tutela legale, firma del genitore o di chi ne esercita la tutela

DATI Genitore o tutore

- Nome
- Cognome
- CF
- Indirizzo
- Telefono
- Email

A cura dell'Azienda sanitaria

Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445 del 2000 la presente dichiarazione è stata:

☐ sottoscritta, previa identificazione del dichiarante, in presenza del dipendente addetto,

.....

☐ sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

Il soggetto incaricato dall'Azienda sanitaria alla compilazione e raccolta della presente scheda di adesione (Inserire Nome e Cognome) ha provveduto a compilare la **Sezione "Condizione di accesso del partecipante"** e ad allegare il corrispondente documento comprovante

Firma dell'incaricato della Azienda Sanitaria

Si allega ai sensi degli articoli 13 e 14 del Reg. UE 679/2016, l'informativa sul trattamento dei dati personali adottata dalla Asl 1 di Sassari e comprensiva di tutte le informazioni richieste come obbligatorie dalle sopra citate disposizioni normative.

Firma del paziente

Per i minori di anni 18 firma del genitore o di chi ne esercita la tutela

