

Barcode

Esente da
bollo ai sensi
del DPR 642/72

Alla PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO
Agenzia provinciale per l'assistenza e
la previdenza integrativa
Via Zambra 42 - Top Center
38121 T R E N T O
apapi.pec.provincia.tn.it

DOMANDA DI ASSEGNO DI AUTODETERMINAZIONE (art. 7 bis della legge provinciale 9 marzo 2010, n. 6 ss.mm.)

La sottoscritta _____
(cognome e nome del/la richiedente; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita)

nata a _____ (Provincia _____), il giorno ____/____/____
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

residente nel Comune di _____ (Provincia _____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)

frazione _____, indirizzo _____, n. _____

Codice fiscale

cittadinanza _____ telefono _____ / _____ e-mail/PEC _____

☐ per se stessa

oppure

☐ in qualità di genitore, tutore/curatore per conto della persona sotto riportata se questa è minore, interdetta/ inabilitata
ovvero amministratore di sostegno o procuratore, purché gli sia stato conferito il relativo potere

sig.ra _____
(cognome e nome della richiedente; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita)

nata a _____ (Provincia _____), il giorno ____/____/____
(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)

residente nel Comune di _____ (Provincia _____)
(Comune di residenza) (CAP) (sigla)

frazione _____, indirizzo _____, n. _____

Codice fiscale

cittadinanza _____ telefono _____ / _____ e-mail/PEC _____

CHIEDE

l'assegno di autodeterminazione previsto dall'articolo 7 bis della Legge provinciale 9 marzo 2010, n. 6 ss.mm. (Interventi per la prevenzione della violenza di genere e per la tutela delle donne che ne sono vittime).

A tal fine, ai sensi dell'articolo 47 del d.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non

ID _____

Modulo certificato ai sensi dell'art. 9, comma 4, della l.p. 23/1992 e approvato con Determinazione n 266 del
08/03/2022 dell'Agenzia provinciale per l'assistenza e la previdenza integrativa



veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

DICHIARA

- ☐ di non essere beneficiaria di Reddito di Libertà o analoga misura erogata per le medesime finalità.

La sottoscritta chiede che il pagamento del contributo avvenga:

- ☐ con accreditamento sul seguente conto corrente bancario/postale o equivalente:

Banca/Agenzia _____

Intestatato a: _____

IBAN

--	--

--	--

--

--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

- ☐
- pagamento presso UNICREDIT, sportello _____, indirizzo _____

ABI _____, CAB _____

ANNOTAZIONI

Dichiara infine:

- di essere a conoscenza che l'Assegno di Autodeterminazione è incompatibile con la Quota A dell'Assegno unico provinciale di cui all'art. 28 L.P. N. 20/2016.
- il seguente indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____ quale domicilio digitale cui si chiede vengano inviati tutti i documenti e le comunicazioni inerenti la procedura attivata con la presente domanda.
- di aver ricevuto e preso visione dell'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679) approvata con determina del Dirigente dell'Agenzia provinciale per l'assistenza e la previdenza integrativa n. 266 di data 08/03/2022, e pubblicata sul sito dell'Agenzia provinciale per l'assistenza e previdenza integrativa www.apapi.provincia.tn.it/privacy.

(luogo)

(data sottoscrizione)

(firma)

* * * * *

Ai sensi dell'articolo 38 comma 3 del D.P.R. 445/2000, si attesta che la presente domanda è stata:

- ☐ sottoscritta, previa identificazione dell'interessata, in presenza del dipendente addetto _____
(indicare in stampatello il nome del dipendente)

☐ **Dichiarazione di incapacità/impossibilità a firmare**

Ai sensi del comma 1 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinanzi a me dal/la sig./ra _____
identificata mediante _____ numero _____

data di scadenza _____, rilasciato/a da _____

la quale mi ha altresì dichiarato che ha un'incapacità/impossibilità a firmare.



_____	_____
(data)	(timbro dell'ufficio e firma)

☐ **Dichiarazione di temporaneo impedimento a firmare**

Ai sensi del comma 2 dell'articolo 4 del D.P.R. 445/2000 si attesta che la domanda sopra riportata è stata resa dinanzi a me dal/la sig./ra _____ identificata mediante _____ numero _____

data di scadenza _____, rilasciato/a da _____

la quale mi ha altresì dichiarato, in qualità di _____ che la sig./ra _____

si trova in una situazione di impedimento temporaneo a sottoscrivere per ragioni connesse allo stato di salute.

(data) (timbro dell'ufficio e firma)

DA COMPILARSI A CURA DEL SERVIZIO SOCIALE

Comunità di Valle/Comune _____

Io sottoscritto/a _____ **I**

ATTESTO CHE

☐ la Sig.ra _____ risulta presa in carico presso questo Servizio sociale, ai fini e per gli effetti dell'art. 7 bis L.P. n.6/2010 e della DGP n. 2344/2021, per la domanda di Assegno di Autodeterminazione identificata da:

ID DOMANDA _____

inoltre, **DICHIARO**

di aver consegnato l'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679) approvata con determina del Dirigente dell'Agenzia per la previdenza e assistenza integrativa n. 266 di data 08.03.2022 e pubblicata sul sito dell'Agenzia provinciale per l'assistenza e previdenza integrativa www.apapi.provincia.tn.it/privacy.

(luogo) (data) (timbro dell'ente e firma dell'addetto)

Copia della presente domanda è disponibile, per eventuali controlli, presso questo ufficio, e le informazioni in essa contenute sono trasmesse e conservate elettronicamente nell'apposita banca dati GPter-GEA presso Trentino Digitale S.p.A.

Divieto delle “revolving doors” – articolo 53, comma 16-ter, d. lgs. 165/2001

I dipendenti pubblici che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.