REGIONE CALABRIA

DIPARTIMENTO LAVORO, FORMAZIONE, POLITICHE SOCIALI

PIANO AZIONE E COESIONE (PAC) CALABRIA 2014-2020

ASSE 10 – Inclusione sociale

Obiettivo Specifico 9.1 "Riduzione della povertà, dell'esclusione sociale e promozione dell'innovazione sociale"

Linea di Azione 9.1.3 "Sostegno a persone in condizione di temporanea difficoltà economica"

MISURA DI SOLIDARIETÀ CALABRIA

AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO E SOLIDARIETÀ IN FAVORE DI NUCLEI FAMILIARI IN DIFFICOLTÀ, ANCHE TEMPORANEA, DOVUTA ALL'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19 DI CUI ALLA D.G.R. 44/2020 E D.D. N.6049 del 03.06.2020

Comune di Santa Cristina d'Aspromonte

AVVISO PUBBLICO

per l'assegnazione dei buoni spesa

Modello di ISTANZA

(integrabile a cura del Comune in coerenza con il proprio Avviso)

Allegato 4.1

Comune di Santa Cristina d'Aspromonte

Settore Amministrativo Socio-Culturale

Oggetto: Misura di solidarietà Calabria - Erogazione di misure di sostegno e solidarietà in favore di nuclei familiari in difficoltà, anche temporanea, dovuta all'emergenza sanitaria da Covid-19 di cui alla DGR 44/2020 e D.D. n. 6049 del 03.06.2020 Avviso pubblico del Comune di Santa Cristina d'Aspromonte approvato con determina n. 72 del 14.09.2020 - **Istanza per l'assegnazione dei buoni spesa.**

Il/la sottoscritto/a _____

(cognome) *(nome)*

nato/a a _____ (_____) il _____

(luogo di nascita) *(prov.)* *(data)*

Cod. Fisc.: _____ residente a _____

(comune di residenza)

(_____) in _____ n. civ. _____

(prov.) *(indirizzo)*

Recapiti:

Telefono fisso/mobile _____

E-mail _____ PEC (facoltativa) _____

CHIEDE

L'assegnazione del buono spesa in oggetto e, a tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni false, mendaci e reticenti

DICHIARA

✓ Che il nucleo familiare di appartenenza è costituito da n._____ persone, di cui n._____a carico del dichiarante, tutti come identificati in tabella:

nr.	*cognome e nome*	*luogo di nascita*	*data nascita*	*rapporto parentela dichiarante*
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

✓ che all'interno del nucleo familiare sono presenti n° _____ minori da 0 a 3 anni;
✓ che all'interno del nucleo familiare sono presenti n°_____ disabili;
✓ che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha presentato istanza per l'erogazione di misure analoghe presso altro Comune calabrese ovvero presso altro Comune italiano;
✓ che, a causa delle misure di distanziamento sociale imposte per il contenimento dell'epidemia da Covid-19, il sottoscritto (o altro componente il nucleo familiare) ha subito le seguenti conseguenza, aventi decisive ripercussioni, anche temporanee, sull'effettivo sostentamento del nucleo familiare, come sopra individuato [*barrare e descrivere*]:

○ perdita o riduzione del lavoro (licenziamento, mancato rinnovo di contratto a tempo determinato, riduzione delle ore lavorative) senza attivazione di ammortizzatori sociali ovvero con ammortizzatori insufficienti in relazione al fabbisogno familiare, SPECIFICARE:

_____

_____

_____

_____

○ sospensione temporanea dell'attività con partita IVA rientranti nei codici ATECO delle attività professionali, commerciali, produttive artigianali non consentite dal DPCM 22 marzo 2020 e successive integrazioni, SPECIFICARE:

_____

_____

_____

_____

○ impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali/stagionali o intermittenti a causa dell'obbligo di permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria o per effetto della contrazione delle chiamate,
SPECIFICARE: _____

_____

_____

_____

○ altro, SPECIFICARE: _____

_____

_____

_____

✓ di non avere percepito per il periodo di c.d. *lockdown* (09.03.2020 – 03.05.2020), alla presente data, a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, redditi, contributi o sussidi, comunque denominati;
*[oppure]*di aver percepito alla presente data, per il periodo di c.d. *lockdown*(09.03.2020 – 03.05.2020), a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, redditi, contributi o sussidi, comunque denominati, entro il limite di complessivi 780euro, per un importo pari a € _____ a titolo di _____***[ipotesi di ammissione prioritaria]***

[*oppure*]

✓ di avere percepito alla presente data, relativamente al mese di _____2020, a nome proprio e di altro componente il nucleo familiare,redditi, contributi e/o sussidi, comunque denominati, nei limiti di 780,00 euro mensili e precisamente pari a € _____ a titolo di _____ ***[ipotesi di ammissione secondaria]***
[*oppure*]

✓ di non rientrare in alcuna delle due ipotesi precedenti ***[ipotesi di ammissione residuale]*** (*se comunque in possesso dei requisiti generali, il richiedente potrà eventualmente beneficiare della misura, ma senza priorità, solo in via residuale ed in presenza di economie)*

SI IMPEGNA

✓ all'utilizzo del buono spesa in conformità all'uso consentito per l'acquisto esclusivamente di generi alimentari, farmaceutici e di prima necessità secondo le modalità stabilite dal decreto regionale in oggetto e dall'Avviso pubblicato dal Comune di _____;

✓ A conservare e ad esibire in caso di controllo la **fattura recante codice fiscale del titolare del buono**, da richiedere agli esercizi commerciali convenzionati dopo ogni acquisto, fatta eccezione in caso di acquisto di farmaci, per i quali è previsto uno scontrino semplice, senza codice fiscale, accompagnato da liberatoria dell'acquirente, in l'acquisto avvenuto con tale modalità di pagamento non costituisce una spesa sanitaria detraibile ai sensi del TUIR.

Alla presente allega:

- ✓ copia di un valido documento di identità e codice fiscale;
- ✓ _____
- ✓ _____

Il/la dichiarante autorizza altresì il Comune di _____ al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attribuzione del beneficio in oggetto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Reg. EU 2016/679. Il dichiarante è informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14 GDPR n° 679/2016 e della normativa nazionale, che dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. È informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del beneficio indicato in oggetto e che un eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.

Luogoe data_____ Firma

Consapevolechelepresentidichiarazionisarannooggettodisuccessiveverificheedelleconseguenzepenali previste in caso di dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.), il/la sottoscritto/a si impegna, infine, a comunicare tempestivamente ogni variazione intervenuta relativamente alle dichiarazioni di cui alla presente istanza ed autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità relative al procedimento inoggetto.

Luogoe data_____ Firma