*Al Comune di CARPEGNA*

**OGGETTO: DOMANDA PER L’ACCESSO A MISURE URGENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE A FAVORE DI PERSONE E/O FAMIGLIE IN CONDIZIONI DI DISAGIO ECONOMICO E SOCIALE CAUSATO DALLA SITUAZIONE EMERGENZIALE IN ATTO, PROVOCATA DALLA DIFFUSIONE DI AGENTI VIRALI TRASMISSIBILI (COVID-19), OCDPC n. 658 DEL 29 MARZO 2020.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Provincia / Stato \_\_\_\_\_\_ ) e residente

a CARPEGNA in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole, in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

CHIEDE

di accedere all’assegnazione delle misure urgenti di solidarietà alimentare a favore di persone e/o famiglie in condizioni di disagio economico e sociale causato dalla situazione emergenziale in atto, provocata dalla diffusione di agenti virali trasmissibili (covid-19).

DICHIARA:

□ di aver preso visione dei criteri per l’assegnazione dei Buoni Spesa indicati nell’Avviso Pubblico del Comune di Carpegna;

**□ che il proprio nucleo familiare è composto da:**

**n° \_\_\_\_\_\_\_ persone (compreso il/la sottoscritto/a)**

**che nel nucleo familiare sono presenti**

**n° \_\_\_\_\_\_\_ minori.**

**n° \_\_\_\_\_\_\_ persone con invalidità civile riconosciuta almeno al 67%, come di seguito specificato:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** | **Rapporto di parentela** | **Professione** (studente,operaio, dipendente, pensionato, ecc) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Che:

- il proprio nucleo familiare ha effettivamente percepito, nel mese di novembre 2020, redditi o emolumenti netti inferiori a: (barrare X la voce che interessa)

**□** €. 500,00 per nuclei composti da 1 componente;

**□** €. 900,00 per nuclei composti da 2 componenti;

**□** €. 1.300,00 per nuclei composti da 3/4 componenti;

**□** €. 1.600,00 per nuclei composti da 5 o più componenti;

**□** che l’intero nucleo familiare ha avuto un saldo complessivo nel/nei conto/i corrente/i e/o libretto/i di deposito bancari e postali inferiore a €. 6.000,00 alla data del 30 novembre 2020.

**□** **che il proprio nucleo si trova in difficoltà economiche (stato di bisogno) e attualmente impossibilitato a far fronte alle necessità di sostentamento del proprio nucleo familiare stesso.**

**Ai fini delle priorità dichiara di essere nelle seguenti condizioni:**

**□** Nucleo familiare non già assegnatario di sostegno pubblico;

**□** nucleo familiare monoreddito, derivante da lavoro dipendente il cui datore di lavoro abbia richiesto ammissione al trattamento di sostegno al reddito ai sensi del DL 18/2020 o abbia sospeso o ridotto l'orario di lavoro, per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore, a seguito dell’epidemia da Covid-19 *(specificare nome datore di lavoro, denominazione e indirizzo della ditta)*

*…………………………………………………………………………………………………..………………………………………*

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………);*

 □ nucleo familiare monoreddito che ha sospeso o chiuso attività in ottemperanza ai DPCM emessi a seguito dell’emergenza Covid-19 e che non hanno liquidità per il proprio sostentamento

*(specificare nome datore di lavoro, denominazione e indirizzo della ditta)*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

*………………………………………………………………………………………………………………………………………….);*

□ nucleo familiare monoreddito con lavori intermittenti che non riescono, in questa fase dell’emergenza covid-19, ad acquisire beni di prima necessità alimentare e medicinali

*(specificare nome datore di lavoro, denominazione e indirizzo della ditta)*

#  *…………………………………………………………………………………………………………………………………………..*

# *………………………………………………………………………………………………………………………………………….);*

# □ Nuclei familiari segnalati da soggetti del terzo settore non beneficiari di trattamenti pensionistici e di altri benefici pubblici;

# □ soggetti privi di qualsiasi reddito e/o copertura assistenziale;

□ Nuclei familiari o persone singole, anche già in carico ai servizi sociali, con situazioni di criticità, fragilità, multi problematicità, con priorità per chi non usufruisce di Reddito di Cittadinanza, Reddito di Inclusione o altri benefici pubblici o ne usufruisce in maniera non significativa.

In questa tipologia sono compresi:

* + Nuclei familiari disagiati con minori;
	+ Nuclei monogenitoriali privi di reddito o in situazioni tali da non poter far fronte alle esigenze dei minori;
	+ Presenza nel nucleo familiare di disabilità permanenti associate a disagio economico;
* **che nessuno del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico;**
* **di percepire le seguenti forme di sostegno economico pubblico:**

 **tipologia ……………………………………………………………………………………………………………**

 **importo mensile ………………………………..**

DICHIARA INOLTRE

* di non aver inoltrato, né i componenti del proprio nucleo familiare hanno inoltrato o inoltreranno, altra richiesta di buoni spesa né presso codesto Comune né altro Comune;
* di essere consapevole che i buoni spesa, qualora ne risultasse beneficiario, potranno essere utilizzati, possibilmente entro il 30 Aprile 2021, solo presso gli esercizi commerciali del Comune di residenza indicati nel buono stesso;
* di essere consapevole che i buoni spesa non rappresentano moneta legale per cui non sono monetizzabili, non è previsto resto e la spesa dovrà corrispondere ad un importo pari o superiore al valore del buono spesa.
* di essere consapevole che qualora le risorse finanziarie rese disponibili non siano sufficienti a soddisfare tutte le richieste verrà data priorità ai nuclei non beneficiari di altre forme di sostegno pubblico demandando al Responsabile dei Servizi Sociali il coordinamento necessario a gestire tale eventualità;
* di essere a conoscenza che il comune verificherà la veridicità delle dichiarazioni contenute nella presente istanza. Qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l’attivazione delle necessarie procedure di legge, il Comune adotterà ogni misura utile a revocare i benefici concessi;
* che nessuno del nucleo familiare dichiarato è inserito in maniera continuativa in strutture residenziali di qualsiasi tipo;
* di impegnarsi a fornire ogni ulteriore documentazione richiesta utile all’istruttoria della domanda o alla verifica delle dichiarazioni contenute nella stessa;
* Dichiaro altresì di aver preso visione dell’informativa riportata in calce al presente modulo.

Luogo e data Firma del dichiarante \_

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

1. copia del documento di identità;

# INFORMATIVA SULL’USO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEL DICHIARANTEai sensi dell’articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679 - GDPR

Il Reg. UE 2016/679 e il D.Lgs. n°196/2003, così come modificato dal D.Lgs. n°101/2018, prevedono che il trattamento dei dati personali sia improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza; pertanto si forniscono le seguenti informazioni:

|  |  |
| --- | --- |
| Titolare | Comune di Carpegna Piazza Conti 1  |
| Responsabile | Responsabile del Settore Servizi Sociali: Corbellotti Sara |
| Incaricati | Sono autorizzati al trattamento in qualità di incaricati gli addetti al Settore Amm.vo, Servizio Protocollo e Servizio Finanziario. |
| Finalità | I dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l’istruttoria, definizione ed archiviazione dell’istanza formulata e per le finalità strettamente connesse (Legge n.431/1998; art. 68 D.Lgs. 30/06/2003 n.196 e s.m.e.i. inerente il trattamento dei dati sensibili da parte di PP.AA. ai fini di benefici economici ed abilitazioni). |
| Modalità | Il trattamento viene effettuato sia con strumenti cartacei sia con elaboratori elettronici. I dati sensibili verranno custoditi in contenitori chiusi a chiave; nel caso di trattamento attraverso elaboratore, verranno adottate apposite chiavi d’accesso. |
| Ambito comunicazione | I dati verranno utilizzati dal Settore Servizi Sociali del Comune di Carpegna. In particolare i dati possono essere comunicati all’agenzia delle Entrate, alla Guardia di Finanza o altri Enti pubblici autorizzati al trattamento, per le stesse finalità sopra indicate e per verificare l’effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per accedere al contributo. I dati verranno comunicati all’istituto di credito per l’emissione dell’eventuale assegno relativo al contributo di cui trattasi. I dati relativi ai contratti locativi privati che accedono al fondo alimentano l’osservatorio regionale per la condizione abitativa. |
| Natura del conferimento dei dati | Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza in caso di mancato conferimento dei dati è la sospensione del procedimento. |
| Diritti | L’interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione, nonché di cancellazione dei dati o trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge, ed infine il diritto di opposizione per motivi legittimi, come previsto dagli artt. 7 e seguenti del D.Lgs. n.196/2003 e s.m.e.i. rivolgendosi al responsabile sopra specificato. |