



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO
SICILIA 2020
 PROGRAMMA OPERATIVO



MISURE DI SOSTEGNO ALL'EMERGENZA

SOCIO-ASSISTENZIALE DA CoVid-19

(DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DELLA REGIONE SICILIANA n. 124 del 28/03/2020 - D.D.G. n. 304 del 04/04/2020)

-- CIP: 2014.IT.05.SFOP.014/2/9.1/7.1.1/0031 CUP: I61D20000270006 --

All.A

II^ MENSILITA' EROGAZIONE ECONOMIE

**ISTANZA DI ACCESSO AD INTERVENTO SOCIO-ASSISTENZIALE E
 DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47 del D.P.R. 445/2000 e s.m.i.)

Al Signor Sindaco del Comune di Casteltermini

PEC: comunedicasteltermini@pec.it

(oppure) e-mail: protocollo@comune.casteltermini.ag.it

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____, il ____/____/____,

residente a Casteltermini, in via/piazza _____, n. _____

C.F. _____ Tel/Cell: _____,

mail: _____, PEC _____,

nella qualità di intestatario/a della scheda anagrafica del proprio nucleo familiare, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, per l'accesso alle misure di sostegno previste dalla Deliberazione della Giunta Regionale Siciliana n. 124 del 28/03/2020 e dal D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 del Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali,

DICHIARA

che il/la sottoscritto/a e ciascuno dei componenti il proprio nucleo familiare si trovano nelle condizioni degli aventi diritto secondo quanto previsto nell'Avviso pubblico, emesso dal Comune di CASTELTERMINI, relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da CoVid-19, e precisamente:

- di essere residente nel Comune di CASTELTERMINI;
 di (contrassegnare le lettere d'interesse nel seguente prospetto):

A	non percepire alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere;
B	non essere destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominata (indicativamente: Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, C.I.G., pensione, ecc.);
C	<i>(in alternativa al punto B)</i> essere destinatario a valere su precedenti forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, ovvero di buoni spesa/voucher erogati ad altro titolo per emergenza COVID-19, per un importo pari ad € _____ <i>(specificare l'importo);</i>



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO
SICILIA 2020
 PROGRAMMA OPERATIVO



AVVERTENZE:

Non saranno prese in considerazione le istanze dei nuclei familiari le cui forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, ovvero di buoni spesa/voucher erogati ad altro titolo per emergenza *CoVid-19*, superano i seguenti parametri economici:

- 300,00 € per un nucleo composto da una sola persona;
- 400,00 € per un nucleo composto da due persone;
- 600,00 € per un nucleo composto da tre persone;
- 700,00 € per un nucleo composto da quattro persone;
- 800,00 € per un nucleo composto da cinque o più persone.

Le risorse sono destinate “prioritariamente ai nuclei familiari che non percepiscono alcuna altra forma di reddito o alcuna altra forma di assistenza economica da parte dello Stato, compresi ammortizzatori sociali e reddito dei cittadini”, di cui alle precedenti lettere *A)* e *B)*;

- che il nucleo familiare del richiedente è composto come di seguito:

N.	Cognome e Nome	Codice fiscale	Luogo e data di nascita	Residenza	Parentela
1					
2					
3					
4					
5					
6					

- di individuare, tra i componenti del nucleo familiare, quelli indicati ai precedenti punti n. __, quali soggetti da coinvolgere nelle misure delle politiche attive del lavoro da intraprendere a cura dell'Amministrazione Regionale;
- di essere consapevole che la presente istanza non costituisce diritto all'ottenimento dei beni richiesti quale sostegno per lo stato emergenziale attuale, fin d'ora comunque,

E CHIEDE

l'erogazione di **BUONI SPESA/VOUCHER** per l'acquisto di **BENI DI PRIMA NECESSITA' (ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE E DOMESTICA, IVI INCLUSE LE BOMBOLE DEL GAS, UTENZE DOMESTICHE DI LUCE E GAS E CANONI DI LOCAZIONE DI PRIMA ABITAZIONE)**, come previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale Siciliana n. 124 del 28/03/2020 e dal D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 del Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali, consapevole che l'utilizzo di tali buoni per acquisti non conformi alle misure di sostegno emergenziali comporterà la decadenza dal diritto ad ulteriori buoni spesa.

Il dichiarante assume l'obbligo che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta al Comune di Casteltermini ovvero ad altro Comune.

Autorizza il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché alle Amministrazioni competenti per la verifica delle autocertificazioni.

Casteltermini li, ___/___/_____

IL DICHIARANTE

A PENA DI INAMMISSIBILITA', È NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ E CODICE FISCALE E/O TESSERA SANITARIA, DEL DICHIARANTE.