**Al Sindaco del Comune di Praiano**

**Domanda “Misure urgenti di solidarietà alimentare” previste dall’Ordinanza n. 658 del 29.03.20 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile Nazionale e dal Decreto Legge n. 154 del 23.11.20.**

Il/la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numero di telefono/cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Facente parte del **nucleo familiare** composto da (inserire anche se stessi/e):

Per nucleo familiare si intende la famiglia anagrafica alla data di presentazione della domanda.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | ETA’ | INDICARE SE INVALIDO O DIVERSAMENTE ABILE | SITUAZIONE LAVORATIVA(occupato/a, in disoccupazione, in congedo, pensionato/a etc)INDICARE DATORE DI LAVORO, TIPO CONTRATTO E DATA DI ASSUNZIONE (determinato/indeterminatotempo pieno/part time,saltuario etc.) | REDDITO MENSILE NETTO (COME DA BUSTA PAGA MESE PRECEDENTE) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

*consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/00 e s.m.i*.

**CHIEDE**

- di partecipare alla assegnazione dei “buoni spesa” ai sensi dell’articolo 2 del decreto legge 23 novembre 2020, n. 154 per se stesso e per il proprio nucleo familiare come sopra indicato

**DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L’INTERO NUCLEO FAMILIARE**

- la propria condizione di disagio conseguente all’attuale emergenza Covid-19 in considerazione dei seguenti elementi: (descrivere le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate, che saranno valutate ai fini dell’attribuzione dei buoni spesa)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

A tal fine dichiara:

[ ] che nessun componente del nucleo familiare percepisce alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale;

[ ] che uno o più componenti del nucleo fruiscono di intervento pubblico quale Reddito di cittadinanza e altro ammortizzatore sociale (es. disoccupazione) CIG, sostegni diretti statali per l’emergenza Coronavirus o pensione/assegno di invalidità per € ……………….

Mese: specificare l’intervento ……………………………………………………….;

[ ] di avere un’attestazione ISEE in corso di validità pari ad €………………… (non è necessario possedere l’attestazione ISEE ai fini della domanda, il dato viene chiesto solo per accelerare l’istruttoria, qualora disponibile);

[ ] di disporre, alla data odierna, di depositi bancari/postali pari ad euro ad €……………………;

- che la casa di abitazione è: O di proprietà

di avere/non avere altre proprietà immobiliari

O in locazione € …………… al mese

 O rata del mutuo abitazione principale € …………… al mese

[ ] Di essere in carico al Servizio sociale e che l’Assistente sociale di riferimento è \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[ ] la presenza nel nucleo familiare di persone con disabilità (indicare il numero) …………………….;

[ ] che si è verificata una malattia grave o decesso di un componente del nucleo familiare;

[ ] che c’è stato un incremento di spese certificate sostenute dal nucleo familiare per l’acquisto di farmaci, per garantire interventi socio-assistenziali o per il pagamento di spese socio-sanitarie o funerarie;

[ ] sono stati attivati servizi a pagamento per l’assistenza al domicilio di persone fragili che non hanno potuto frequentare centri diurni per anziani, disabili o progetti personalizzati domiciliari di cui fruivano;

[ ] di trovarsi con conti correnti congelati e/o nella non disponibilità temporanea (ad esempio a causa di decesso del coniuge, etc.);

[ ] di trovarsi ad essere un nucleo monoreddito con disabili in situazione di fragilità economica;

[ ] che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato istanza di accesso al Fondo di solidarietà alimentare finalizzata ad ottenere il medesimo beneficio;

 - di essere consapevole che anche al termine delle misure straordinarie previste potrà essere richiesta la presentazione di un’attestazione ISEE valida o il riscontro documentale di quanto dichiarato;

- che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta presso altro Comune del sostegno di cui alla presente domanda;

- di essere disponibile a colloquio telefonico con i Servizi Sociali comunali; a tal fine assicura reperibilità al numero di telefono indicato;

- di essere a conoscenza e di accettare integralmente i contenuti dell’Avviso pubblico per l’erogazione di buoni spesa ai sensi dell’Ordinanza 658 del 29.03. 20 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile Nazionale e dell’articolo 2 del decreto legge 23 novembre 2020, n. 154;

- di essere a conoscenza che la presentazione dell'istanza non comporta automaticamente assegnazione dei buoni spesa di cui all’Avviso pubblico;

- di esprimere il proprio consenso, dopo aver letto la sotto riportata informativa, al trattamento dei dati personali (n. telefono – mail) per le finalità istituzionali dell’Ente;

- di essere consapevole che, il Comune procederà, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli sulle domande presentate, al fine di verificare le informazioni dichiarate nella presente dichiarazione ai sensi dell’art. 71 del DPR 445/2000 e dei D.Lgs. 109/1998 e 130/2000). Qualora a seguito dei controlli, il contributo risultasse indebitamente riconosciuto, ovvero in caso di dichiarazioni mendaci del beneficiario, il Comune procederà alla revoca del beneficio e alla riscossione delle somme indebitamente percepite.

Allega copia di un valido documento d’identità.

Luogo e data

Firma del dichiarante

 **Firma**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMATIVA AI SENSI ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)**

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Il trattamento viene effettuato con finalità di interesse pubblico connesse all’erogazione di risorse alle famiglie per sostegno alimentare. Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Praiano , che potrà essere contattato ai seguenti riferimenti: Tel. 089.8131915; Fax 089.8131915 E-mail: sindaco@comune.praiano.sa.it - Indirizzo PEC: protocollo.praiano@asmepec.it. Potrà altresì essere contattato il Responsabile della protezione dei dati al seguente indirizzo di posta elettronica: segretario@comune.praiano.sa.it.