



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO  
**SICILIA 2020**  
 PROGRAMMA OPERATIVO



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

(art. 47 del D.P.R. 445/2000)

### AI COMUNE di CAPO D'ORLANDO

Il sottoscritto/a ....., nato/a a .....,  
 il ....., residente a Capo d'Orlando , Via ....., Codice  
 Fiscale ....., Tel/Cell ....., (e-mail  
 ....., PEC ....., nella qualità di  
 intestatario 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 n.  
 124 del 28/03/2020 e s.m.i. e dal D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 del Dipartimento Reg.le della Famiglia e  
 delle Politiche Sociali,

### DICHIARA

che il sottoscritto e ciascuno dei componenti il proprio nucleo familiare si trovano nelle condizioni degli aventi  
 diritto secondo quanto previsto nell'Avviso del 04.05.2020 del Comune di Capo d'Orlando , relativo alle  
 misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente di:

- essere residente nel Comune di Capo d'Orlando;
- *(contrassegnare le lettere d'interesse nel seguente prospetto in relazione ai requisiti posseduti alla data di  
 presentazione della domanda)*

<b>A</b>	non percepire alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere;
<b>B</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, CIG, pensione, ecc.);
<b>C</b>	<i>(in alternativa al punto B)</i> essere destinatario a valere su precedenti forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, e di buoni spesa/voucher erogati ad altro titolo per emergenza COVID-19, per un importo pari a € ..... *;

\* somma importi riportati nella sottostante tabella della composizione nucleo familiare.

### AVVERTENZE:

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

Intervento finanziato dalla Regione Sicilia con Fondi PO FSE SICILIA 2014/2020- Asse II, Inclusione Sociale e lotta alla povertà,OT9,-Priorità i investimento 9.I, Obiettivi specifico 9.1, Azione 9.1.3- CUP: C11E20000010006.-

- 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.

Sono da escludersi dal calcolo dei valori economici previsti dalle precedenti lett. a), b), c) i trattamenti assistenziali percepiti dalle persone portatori di disabilità, quali ad es. l’indennità di accompagnamento.

Le dichiarazioni rese dall’intestatario della scheda anagrafica del nucleo familiare, a nome proprio e di ciascuno dei componenti del proprio nucleo familiare, rispetto alle lett. a), b) e c), sono da intendersi in relazione ai requisiti posseduti alla data di presentazione dell’istanza.

- che il nucleo familiare del richiedente è composto come di seguito e che i componenti (compreso il dichiarante) sono destinatari a valere su precedenti forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, e di buoni spesa/voucher erogati ad altro titolo per emergenza COVID-19, come accanto a ciascuno segnato\*\*:

n.	Cognome e nome	Codice fiscale	Luogo e data di nascita	Parentela	Tipologia di beneficio	Importo
1						
2						
3						
4						
...						

\*\* Nel caso in cui il componente nucleo familiare non ha percepito alcun beneficio: inserire la dicitura “nessuno” nella colonna *Tipologia di beneficio* e il valore “0” nella colonna *Importo*.  
Nel caso in cui un componente ha più di un beneficio, utilizzare una casella per ciascun beneficio.

- tra i componenti del nucleo familiare, individua quelli indicati ai precedenti punti n. .... quali soggetti da coinvolgere nelle misure delle politiche attive del lavoro da intraprendere a cura dell’Amministrazione Regionale ed è consapevole delle più generali finalità di utilizzo delle risorse del FSE, che dichiara espressamente di conoscere ed accettare.
- Consapevole che la presente istanza non costituisce diritto all’ottenimento dei beni richiesti quale sostegno per lo stato emergenziale attuale, fin d’ora comunque,

**CHIEDE**

l'erogazione di **BUONI SPESA/VOUCHER** per l'acquisto di **BENI DI PRIMA NECESSITA' (ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE, BOMBOLE DEL GAS)**, come previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 124 del 28/03/2020 e s.m.i. e dal D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 del Dipartimento reg.le 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 in indirizzo, ovvero ad altro Comune.

Il dichiarante assume l'obbligo di comunicare ogni eventuale modifica, peggiorativa o migliorativa, che interverrà relativamente al possesso dei requisiti prima dichiarati.

**Liberatoria per il trattamento dei dati personali**

Il/la sottoscritto/a..... dichiara di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati fornita dal Titolare ed autorizza il trattamento delle informazioni contenute nella presente domanda ai sensi del D.lgs. 196/03 e del Regolamento UE 2016/679 GDPR.

**Luogo e data, .....**

**FIRMA**

.....

*A PENA DI INAMMISSIBILITA', E' NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE*

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del D.lgs. 196/03 e del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - i dati personali forniti dai richiedenti raccolti presso l'Area Socio Assistenziale del Comune di Capo d'Orlando, per le finalità di gestione dell'istanza e saranno trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, limitatamente e per il tempo necessario agli adempimenti connessi alla procedura. Le medesime informazioni potranno essere comunicate alle amministrazioni pubbliche interessate alla verifica dei requisiti generali e speciali del partecipante. Ai sensi dell'art. 15 del citato regolamento l'interessato ha il diritto di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali e alle informazioni specificate nel comma 1 del medesimo articolo. Inoltre, l'interessato è titolare dei diritti di cui agli articoli 7, comma 3, 18, 20, 21 e 77 del suddetto regolamento. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti del responsabile area socio assistenziale. Il titolare dei Trattamenti di dati personali è il Sindaco del Comune di Capo d'Orlando, con sede in via Via Vittorio Emanuele- 98071- Capo d'Orlando.