



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



**COMUNICAZIONE CONFERMA/VARIAZIONI 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, consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e  
 76 del D.P.R. 445/2000),

**DICHIARA**

- di aver richiesto in data \_\_\_\_\_ i 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;
- che non è intervenuta modifica relativamente al possesso dei requisiti dichiarati nella predetta istanza.\*
- che è intervenuta la seguente modifica relativamente al possesso dei requisiti dichiarati nella predetta istanza.\*
  - peggiorativa
  - migliorativa

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

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

**\*BARRARE LA CASELLA DI INTERESSE**

- 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 e, consapevole delle più generali finalità di utilizzo delle risorse del FSE, dichiara espressamente di conoscere ed accettare quanto previsto alla voce "Impegni" dell'Avviso pubblico emanato dal Comune.

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 per il mese di \_\_\_\_\_ 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 succitato 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.