



**MISURE DI SOSTEGNO ALL'EMERGENZA SOCIO-ASSISTENZIALE DA COVID-19 AI SENSI DELL'ART.9, COMMA 2, DELLA L.R.12 MAGGIO 2020, N.9, E DELLA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N.574 DEL15/12/2020, A VALERE DEL POC SICILIA 2014/2020**

**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)*

**AL 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 in attuazione all'art. 9, comma 2, della LR 12 maggio 2020, n. 9 e per quanto previsto dalla D.G.R. n. 574 del 15/12/2020, 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 in attuazione all'art. 9, comma 2, della LR 12 maggio 2020, n. 9 e per quanto previsto dalla D.G.R. n. 574 del 15/12/2020,

- 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 beneficio | Importo |
|---|----------------|----------------|-------------------------|-----------|---------------------|---------|
| 1 |                |                |                         |           |                     |         |
|   |                |                |                         |           |                     |         |
|   |                |                |                         |           |                     |         |
| 2 |                |                |                         |           |                     |         |
|   |                |                |                         |           |                     |         |
|   |                |                |                         |           |                     |         |
| 3 |                |                |                         |           |                     |         |
|   |                |                |                         |           |                     |         |
|   |                |                |                         |           |                     |         |

|      |  |  |  |  |  |  |
|------|--|--|--|--|--|--|
| 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 in attuazione all'art. 9, comma 2, della LR 12 maggio 2020, n. 9 e per quanto previsto dalla D.G.R. n. 574 del 15/12/2020 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 IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' 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.