

Modulo richiesta di ammissione all'avviso pubblico per l'erogazione buoni spesa ai sensi dell'OCDPC n. 658 del 29 marzo 2020

Al Comune di Scanzorosciate
Ufficio Servizi sociali

RICHIESTA DI ACCESSO AI BUONI SPESA AI SENSI DELL'ORDINANZA DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29 MARZO 2020

LA RICHIESTA VA COMPILATA IN OGNI SUA PARTE, IN MODO CHIARO E LEGGIBILE PENA NON ACCOGLIMENTO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto _____
Codice fiscale _____
Data di nascita _____
Comune di nascita _____
Provincia di nascita _____
Stato estero di nascita _____
Cittadinanza _____
Residente a _____
via e nr. civico _____
e-mail _____
Telefono _____ Cell. _____

CHIEDE

di poter beneficiare dei buoni spesa ai sensi dell'OCDPC n. 658 del 29 marzo 2020

A TAL FINE DICHIARA

*ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, **consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali** previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, quanto segue:*

- 1) di essere residente nel Comune di Scanzorosciate alla data di presentazione della domanda;
 2) di possedere almeno una delle seguenti condizioni:

barrare le condizioni di appartenenza

<input type="checkbox"/>	licenziamento, mobilità, cassa integrazione; perdita o riduzione del lavoro non coperta da ammortizzatori sociali
<input type="checkbox"/>	sospensione attività di lavoro autonomo non coperta da ammortizzatori sociali (600 euro mensili partite iva)
<input type="checkbox"/>	cessazione o riduzione di attività professionale o di impresa
<input type="checkbox"/>	disoccupazione
<input type="checkbox"/>	mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici
<input type="checkbox"/>	accordi aziendali e sindacali con riduzione dell'orario di lavoro
<input type="checkbox"/>	malattia grave o decesso di un componente del nucleo familiare
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	attivazione di 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
<input type="checkbox"/>	nuclei che si trovano conti correnti congelati e/o nella non disponibilità temporanea (ad esempio a causa di decesso del coniuge, etc)
<input type="checkbox"/>	over 65 con la sola pensione minima, o in assenza di pensione, e senza forme di deposito mobiliare (titoli, obbligazioni, etc);
<input type="checkbox"/>	nuclei monoreddito con disabili in situazione di fragilità economica
<input type="checkbox"/>	altro stato di necessità (specificare in dettaglio):

N.B. il richiedente se richiesto in sede di controllo dovrà produrre documentazione/dichiarazioni per attestare il possesso delle condizioni dichiarate

- 3) che il proprio nucleo familiare, così come da iscrizione al registro anagrafico della popolazione residente, è composto da n. _____ persone;

4) che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ **minori di età compresa tra 0 e 3 anni** (nati nel 2017,2018,2019,2020);

5) che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ **anziani over 65** (nati in data antecedente al 31 dicembre 1955);

6) che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ **minori** (allo stato di presentazione della domanda) **con riconoscimento dello stato di invalidità civile;**

7) che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ **adulti** (allo stato di presentazione della domanda) **con riconoscimento dello stato di invalidità civile con percentuale uguale o superiore al 74%;**

8) che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ **persone con certificazione medica di celiachia e/o allergie alimentari;**

9) che il proprio nucleo familiare rientra nella tipologia di “**nucleo familiare monogenitoriale**” (famiglia composta da unico genitore in quanto vedovo, nubile o celibe, separato legalmente o divorziato) essendo così composto _____
(*compilare solo SE si rientra nella tipologia di nucleo monogenitoriale*)

10) che il **reddito mensile netto del nucleo familiare a partire dal mese di aprile 2020** sarà presumibilmente pari complessivamente a euro _____ e sarà così costituito:

<i>Nominativo membro familiare percettore di reddito</i>	<i>Importo mensile netto</i>	<i>Tipologia di reddito (indicare se da lavoro, da pensione o altro)</i>
Totale		

11) di essere titolare dei seguenti **depositi e conti correnti bancari e postali** (*da compilare per ciascun componente del nucleo familiare*):

<i>TIPOLOGIA</i> Indicare se: Conto corrente e carte prepagate con IBAN; Conto deposito a risparmio libero/vincolato (inclusi Libretti di risparmio postale); Conto terzi individuale/globale	<i>DENOMINAZIONE OPERATORE FINANZIARIO</i>	<i>SALDO ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA</i>

12) di essere titolare delle seguenti altre forme di **deposito mobiliare** *(da compilare per ciascun componente del nucleo familiare)*:

<i>TIPOLOGIA</i> Indicare se Conto deposito titoli e/o obbligazioni; Gestione collettiva del risparmio; Gestione patrimoniale; Certificati deposito e buoni fruttiferi	<i>DENOMINAZIONE OPERATORE FINANZIARIO</i>	<i>VALORE ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA</i>

13) di **risiedere** in:

<input type="checkbox"/>	abitazione di proprietà (o altro diritto reale di godimento come l'usufrutto, etc.)
<input type="checkbox"/>	in locazione
<input type="checkbox"/>	altro (es. comodato gratuito)

14) di essere titolare del seguente **patrimonio immobiliare** *(da compilare per ciascun componente del nucleo familiare)*:

<i>TIPOLOGIA</i> Indicare se fabbricati; terreni edificabili; terreni agricoli	<i>Situato nel comune o stato estero</i>	<i>Quota posseduta (%)</i>	<i>Indicare se il bene immobiliare è gravato da mutuo o ipoteca. In caso di mutuo indicare la rata mensile</i>	<i>Indicare se l'immobile è casa di abitazione</i>

Il sottoscritto DICHIARA infine:

- di aver preso visione dei contenuti dell'avviso pubblico per l'erogazione di buoni spesa e di accettarne integralmente le condizioni;
- di essere a conoscenza che il Comune di residenza 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;**

- di autorizzare il Comune di residenza al trattamento dei dati personali¹ contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta, essendo stato informato che:
 - I dati personali acquisiti con la domanda e relativi allegati:
 - a) devono essere necessariamente forniti per accertare la situazione economica del nucleo del dichiarante, i requisiti per l'accesso al buono spesa e la determinazione del buono spesa stesso, secondo i criteri di cui al presente bando, e il loro mancato conferimento può comportare la mancata erogazione del servizio richiesto e l'esito negativo della pratica;
 - b) sono raccolti dai soggetti appositamente autorizzati al trattamento di tali dati e trattati, anche con strumenti informatici, al solo fine di erogare il buono spesa e per le sole finalità connesse e strumentali previste dall'ordinamento;
 - c) possono essere comunicati al Ministero dell'Economia e delle Finanze e alla Guardia di Finanza per i controlli previsti;
 - d) non sono soggetti a diffusione generalizzata.
 - I dati personali saranno trattati in forza delle seguenti basi giuridiche:
 - a. necessità del trattamento per l'esecuzione dei compiti di interesse pubblico e/o connessi all'esercizio di pubblici poteri da parte del Comune;
 - b. necessità del trattamento per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il Comune.
 - c. Nel caso specifico, il trattamento viene effettuato in forza di quanto previsto dall'ordinanza dell'OCDPC n. 658 del 29 marzo 2020.
 - d. 3. I dati personali saranno conservati per il periodo necessario a realizzare le finalità illustrate al punto 1 lett. b) della presente informativa. I dati potranno essere conservati per un periodo indeterminato esclusivamente ove previsto da norme di legge o regolamentari.
 - e. 4. La normativa sulla privacy (artt. 12-22 del Regolamento UE 679/2016) garantisce all'interessato il diritto di essere informato sui trattamenti dei dati che lo riguardano e il diritto di accedere in ogni momento ai dati stessi e di richiederne l'aggiornamento, l'integrazione e la rettifica. Ove ricorrano le condizioni previste dalla normativa l'interessato può inoltre vantare il diritto alla cancellazione dei dati, alla limitazione del loro trattamento, alla portabilità dei dati, all'opposizione al trattamento e a non essere sottoposto a decisioni basate unicamente sul trattamento automatizzato. Per l'esercizio dei propri diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali sono comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, l'interessato potrà rivolgersi al Titolare: Comune di Scanzorosciate, C.F. e P.IVA 00696720168, con sede legale in Scanzorosciate (BG), - Piazza della Costituzione n. 1.

Data

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

¹ Ai sensi del Regolamento generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679 – GDPR.

Da compilare solo se dichiarazione resa per conto di persona interdetta, inabilitata o soggetta ad amministrazione di sostegno

Dati della persona sottoposta a misure di protezione giuridica

Nominativo _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____

Comune e Provincia di nascita _____

Stato estero di nascita _____

Residente a _____

via e nr. civico _____

e-mail _____

Telefono _____

Cell. _____

Allegare copia dell'atto legale di nomina

Data

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

(firma leggibile)

Allega la seguente documentazione:

- Fotocopia della carta di identità del richiedente.
- Per i richiedenti cittadini di paesi terzi, copia del titolo di soggiorno in corso di validità, o “scaduto in data successiva al 21/02/2020” ovvero “in possesso di ricevuta per appuntamento di rinnovo.
- Se in possesso, documentazione che attesti il possesso delle condizioni di cui ai punti dal 2) al 9).