



MISURE DI SOSTEGNO ALL'EMERGENZA SOCIO-ASSISTENZIALE DA COVID-19 A VALERE DEL POC SICILIA 2014/2020 AI SENSI DELL'ART. 9, COMMA 2, DELLA L.R. 12 MAGGIO 2020, N. 9, DELLA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 574 DEL 15/12/2020

Allegato B

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 MILAZZO

Il /la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____

residente a _____, Via _____ Tel/Cel _____

Codice Fiscale _____ (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 in attuazione dell'art. 9, comma 2, della Legge Regionale 12/05/2020, n. 9, per quanto previsto dalle Deliberazioni della Giunta Regionale n. 124 del 28/03/2020, n. 135 del 07/04/2020, n. 148 del 17/04/2020 e n. 574 del 15/12/2020, nonché dal DDG. n. 129 dell'01/02/2021 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 del Comune di Milazzo, relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente di:

- essere residente nel Comune di Milazzo
- (contrassegnare le lettere d'interesse nel seguente prospetto)

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

*Somma importi riportati nella tabella della composizione familiare che segue

AVVERTENZE:

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

- 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 di cittadinanza", di cui alle precedenti lettere A e B.

- che il nucleo familiare del richiedente è composto come di seguito:

N.	Cognome e Nome	Codice fiscale	Luogo e data di nascita	Residenza	Parentela	Tipologia Beneficio **	Importo **
1							
2							
3							
4							
5							

** Nel caso in cui il componente nucleo familiare non ha percepito alcun beneficio: inserire la dicitura "nessuno" nella colonna "Tipologia beneficio" ed 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 successivamente a cura dell'Amministrazione Regionale.

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

(contrassegnare una o più lettere d'interesse nel seguente prospetto)

l'assegnazione di **BUONI SPESA/VOUCHER PER ACQUISTO DI BENI E PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA'** di cui al seguente elenco:

- a)

	Alimenti, prodotti farmaceutici, prodotti per l'igiene personale e domestica, bombole del gas, dispositivi di protezione individuale, pasti pronti
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

II PAGAMENTO IN FORMA DIRETTA da effettuarsi da parte degli Uffici Comunali di:

b)	utenze domestiche di luce e gas intestate ad uno dei componenti del nucleo familiare Allegare modello Allegato "1," compilato in ogni sua parte compreso di fattura
c)	canoni di locazione di prima abitazione, limitatamente alle superfici abitative intestati ad uno dei componenti del nucleo familiare Allegare modello Allegato "2" compilato in ogni sua parte e compreso di copia del contratto di locazione ed estremi di registrazione e dati del locatore al fine di permettere il mandato di pagamento

come previsto dal citato art. 9, comma 2, della Legge Regionale 12/05/2020, n. 9, dalle Deliberazioni della Giunta Regionale n. 124 del 28/03/2020, n. 135 del 07/04/2020, n. 148 del 17/04/2020 e n. 574 del 15/12/2020, nonché dal DDG. n. 129 dell'01/02/2021 del Dipartimento reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali, consapevole che l'utilizzo dei buoni spesa/voucher 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.

Autorizza il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., e del Regolamento UE 2016/679 GDPR, nonché alle Amministrazione competenti per la verifica delle autocertificazioni.

Luogo e data,

FIRMA

.....
A PENA DI INAMMISSIBILITA' E'NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL DICHIARANTE.