



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO
SICILIA 2020
 PROGRAMMA OPERATIVO



**MISURE DI SOSTEGNO ALL'EMERGENZA SOCIO-ASSISTENZIALE DA COVID-19
 AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
 DELLA REGIONE SICILIANA N. 124 DEL 28/03/2020
 CUP: J89D20000010006**

**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 CASTROREALE

Il sottoscritto _____ nato/a a _____

Il _____ residente a Castoreale in Via _____

Tel/cell. _____, 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 Siciliana 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 prot. 4140 del 12/05/2020, relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19 e precisamente di :

- Essere residente nel comune di Castoreale

A	Non percepire alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi a carattere continuativo di alcun genere;
B	Non essere destinatario mensilmente di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominata (indicativamente: Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, indennità di mobilità, Cassa Integrazione Guadagni, 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 mensilmente ad altro titolo per emergenza COVID-19, per un importo pari a € _____ (specificare l'importo)

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 Strato, 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/NOME	CODICE FISCALE	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	RESIDENZA	PARENTELA
1						
2						
3						
4						
5						

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.

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)**

come 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 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.

Autorizza il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D. lgs n. 196/2003 e s.m.i., nonché alle Amministrazioni 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