Al Comune di SUPINO

All’Ufficio Servizi Sociali

**“INTERVENTI DI SOLIDARIETA’ IN FAVORE DI CITTADINI FRAGILI IN CONSEGUENZA DELL’EMERGENZA COVID-19”**

|  |
| --- |
| Il/La sottoscritto/a (*cognome)* (*nome)* nato/a a prov. il residente nel Comune di prov. Via/Piazza n. C.A.P. tel. e-mail domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di prov. Via/Piazza n. C.A.P. tel. Codice fiscale |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

# CHIEDE

**il riconoscimento del seguente contributo economico per interventi di solidarietà attivati dal Comune di Supino per contrastare l’emergenza COVID-19:**

**[ ] buono spesa per l’acquisto di alimenti e beni di prima necessità**

[ ] **contributo per l’acquisto dei farmaci**

A tal fine, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell’art.76

D.P.R. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell’art. 75 del suddetto D.P.R.

# DICHIARA

* di aver preso visione dell’Avviso relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso dei requisiti di ammissibilità richiesti;
	+ di essere RESIDENTE / DOMICILIATO nel Comune di Supino ***(barrare l’opzione non pertinente)***;
	+ per i cittadini stranieri non UE: di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità;
	+ di trovarsi in una situazione di bisogno connessa all’applicazione delle norme di contenimento e gestione dell’epidemia da COVID-19 (specificare le motivazioni:

 );

* + di ESSERE / NON ESSERE beneficiario di altre forme di sostegno al reddito e di contrasto alla povertà erogate da Enti pubblici (ad es. reddito di cittadinanza, NASPI, Indennità di mobilità, Cassa Integrazione Guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale).) ***(barrare l’opzione non pertinente)***;
	+ di ESSERE / NON ESSERE già in carico ai seguenti Servizi Sociali territoriali comunali o distrettuali

***(barrare l’opzione non pertinente):***

# ALLEGA

[ ] Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo; [ ] per i cittadini stranieri non UE: copia del titolo di soggiorno in corso di validità;

[ ] Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (*Allegato n.1* al Modello di istanza)*;*

[ ] Altro *(specificare)*

Luogo e data

Firma del richiedente

**INFORMATIVA PRIVACY**

Si informa che, ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l’istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l’attività di valutazione e di erogazione dell’intervento, nel rispetto della vigente normativa (GDPR 679/2016).

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Supino nella persona del Legale Rappresentante. Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Welfare.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente (GDPR 679/2016), presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli ***“Interventi di solidarietà n favore di cittadini fragili in conseguenza dell’emergenza COVID-19”***

Luogo e data Firma del richiedente

**Allegato n. 1 al *Modello di istanza per “Interventi di solidarietà in favore di cittadini fragili in conseguenza dell’emergenza COVID-19”***

***Comune di Supino***

**A UTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA**

(ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome)* (*nome)* nato/a a prov. il Codice fiscale

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

in qualità di beneficiario dell’istanza per **interventi di solidarietà attivati dal Comune di Supino per contrastare l’emergenza COVID-19**

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell’art.76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione, ai sensi dell’art. 75 del suddetto DPR

# DICHIARA

che il proprio lo **stato di famiglia** è il seguente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | **Rapporto di parentela** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Luogo e data

Firma