



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**

**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 BIANCAVILLA**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_,  
cod. fisc. \_\_\_\_\_, 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 dal D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 del Dipartimento Regionale 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 Comune di BIANCAVILLA relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente di:

- essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_ *(specificare il Comune)*;
- di essere nella seguente condizione lavorativa *(contrassegnare una o più voci d'interesse)*:  
lavoratore dipendente;  
lavoratore in cassa integrazione;  
lavoratore autonomo/partita iva;  
titolare di pensione \_\_\_\_\_ *(specificare tipologia)*;

**non** percepire rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere;

di **non** essere destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominata *(per esempio: Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione, ecc.)*;

di **essere** destinatario a valere su precedenti forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, (*per esempio*: Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione, ecc.), oppure di **buoni spesa**/voucher erogati ad altro titolo per emergenza COVID-19, per un importo pari a € \_\_\_\_\_ (*specificare l'importo*);  
altro \_\_\_\_\_ (*specificare*)

#### 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 dei cittadini”**.

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

N.	Cognome e nome	Codice fiscale	Luogo e data di nascita	Residenza	Parentela
1					
2					
3					
4					
5					
6					
...					

- 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**

l'erogazione di **BUONI SPESA/VOUCHER** per l'acquisto di:

**BENI DI PRIMA NECESSITA' (ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE E DOMESTICA, BOMBOLE DEL GAS)**

come previsto 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 Regionale 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 Amministrazione competenti per la verifica delle autocertificazioni.

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_  
(autografa)

***A PENA DI INAMMISSIBILITA', E' NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE***