

**MISURE DI SOSTEGNO ALL'EMERGENZA SOCIO-ASSISTENZIALE DA COVID-19  
AI SENSI DEL DECRETO LEGGE N 154 DEL 23 NOVEMBRE 2020**

ATTENZIONE: BOZZA DI ISTANZA DA COMPILARE ON LINE SUL LINK PRESENTE NEL SITO INTERNET DEL COMUNE, E SUCCESSIVAMENTE DA STAMPARE, FIRMARE E CONSEGNARE AL PROTOCOLLO, CON ALLEGATO COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.

**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 PARTANNA**

Il sottoscritto/a [•], nato/a a [•], il [•], residente a [•], Via [•], Codice Fiscale [•], 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 Municipale n 191 del 10.12.2020, in attuazione del decreto legge 23 novembre 2020 n. 154,

**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 PARTANNA, relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente di:

- *(contrassegnare le lettere d'interesse nel seguente prospetto)*

<b>A</b>	non percepire alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere;
<b>B</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, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale, ecc.);
<b>C</b>	<i>(in alternativa al punto B)</i> 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 € [•] <i>(specificare l'importo)</i> ;

**AVVERTENZE:**

Nel caso in cui il nucleo familiare sia destinatario di precedenti forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, ovvero di buoni spesa/voucher erogati ad altro titolo per emergenza COVID-19, il nucleo sarà destinatario nella misura in cui fruisce di un beneficio non superiore ad € 500,00, e tenuto conto dei limiti di provvidenze erogabili, per fasce di nucleo familiare, per cui potrà essere riconosciuto un beneficio pari alla differenza del limite erogabile.

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”, 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	Parentela
1				
2				
3				
4				
...				

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, DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE, PASTI PRONTI)**

come previsto dalla Deliberazione della Giunta Municipale n 191 del 10.12.2020, in attuazione dell'art. 2 del D.L. n. 154/2020, 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.

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**

.....

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