

**AL COMUNE DI STRANGOLAGALLI**

**Provincia di Frosinone**

**ALL’UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**INTERVENTI ECONOMICI A FAVORE DELLE FAMIGLIE IN SITUAZIONE DI CONTINGENTE INDIGENZA ECONOMICA DERIVANTE DALL’EMERGENZA COVID-19**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(DICHIARARE IL DOMICILIO SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA)

Domicilio, Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**a codesto Comune un riconoscimento economico per contrastare la situazione di contingente indigenza economica derivante dall’emergenza COVID-19**

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

□ **buono spesa 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 Strangolagalli ***(barrare l’opzione non pertinente)***;

□ per i cittadini stranieri non facenti parte dell’Unione europea, di essere in possesso del titolo di

 soggiorno in corso di validità;

- che il **proprio nucleo familiare** è composto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nominativo** | **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | **Rapporto di parentela** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

- che il nucleo familiare vive in un’abitazione di:

□ proprietà

□ locazione alloggio pubblico di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili

□ locazione alloggio privato di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili

□ comodato d’uso gratuito

□ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ che nessun altro componente del proprio nucleo familiare residente o domiciliato ha presentato domanda per la concessione del presente contributo nel Comune di Strangolagalli e in nessun altro Comune italiano;

□ di trovarsi in una situazione di bisogno, anche temporaneamente, connessa all’applicazione delle norme di contenimento e gestione dell’epidemia da COVID-19 (specificare le motivazioni):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di NON POSSEDERE a titolo personale o familiare liquidità monetaria su conto corrente bancario o postale o altri depositi finanziari (es. certificati di deposito, buoni postali fruttiferi, ecc.), tali da consentire a sé e alla propria famiglia di acquistare beni di prima necessità per i quali viene attivato l’intervento di cui all’Avviso;

□ che il nucleo familiare NON PERCEPISCE altre forme di sostegno al reddito e di contrasto alla povertà erogate da Enti pubblici (es. R.D.C., R.E.I., NASPI, Indennità di mobilità, Cassa Integrazione Guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale) alla data di presentazione della domanda;

□ che il nucleo familiare PERCEPISCE altre forme di sostegno al reddito e di contrasto alla povertà erogate da Enti pubblici (es. R.D.C., R.E.I., NASPI, Indennità di mobilità, Cassa Integrazione Guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale) alla data di presentazione della domanda;

**-** Specificare tipologia ed importo mensile del beneficio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di AVERE/NON AVERE nel proprio nucleo familiare altre fonti di reddito (es. pensioni, dipendenti di pubbliche amministrazioni e/o di aziende private non interessate dall’applicazione delle misure di contenimento dell’epidemia da COVID-19, che abbiano continuato a svolgere la propria attività) ***(barrare l’opzione non pertinente).***

**-** Se si,specificare tipologia ed importo mensile ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**ALLEGA**

□ Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;

□ Per i cittadini stranieri non appartenenti all’Unione europea, copia del titolo di soggiorno in corso

 di validità;

□ Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**INFORMATIVA SULLA 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 Strangolagalli nella persona del Legale Rappresentante. Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile di Settore.**

**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 ECONOMICI A FAVORE DELLE FAMIGLIE IN SITUAZIONE DI CONTINGENTE INDIGENZA ECONOMICA DERIVANTE DALL’EMERGENZA COVID-19.***

Strangolagalli, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_