



REGIONE CALABRIA

DIPARTIMENTO LAVORO, FORMAZIONE, POLITICHE SOCIALI

**PIANO AZIONE E COESIONE (PAC) CALABRIA 2014-2020
ASSE 10 – Inclusione sociale**

Obiettivo Specifico 9.1 “Riduzione della povertà, dell’esclusione sociale e promozione dell’innovazione sociale”

Linea di Azione 9.1.3 “Sostegno a persone in condizione di temporanea difficoltà economica”

Misura di solidarietà Calabria

Erogazione di misure di sostegno e solidarietà in favore di nuclei familiari in difficoltà, anche temporanea, dovuta all’emergenza sanitaria da Covid-19 di cui alla DGR 44/2020 e D.D. n. 6049 del 03.06.2020

AVVISO PUBBLICO PER L’EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO E SOLIDARIETÀ IN FAVORE DI NUCLEI FAMILIARI IN DIFFICOLTÀ, ANCHE TEMPORANEA, DOVUTA ALL’EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19 DI CUI ALLA D.G.R. 44/2020 e D.D. n. 6049 del 03.06.2020

Comune di CORIGLIANO ROSSANO (CS)

**AVVISO PUBBLICO
per l’assegnazione dei buoni spesa**

Modello di ISTANZA

Allegato 4.1



Al
Comune di CORIGLIANO ROSSANO
Via B. Abenante, 35
87064 CORIGLIANO CALABRO (CS)
Settore Politiche di promozione sociale

Oggetto: Misura di solidarietà Calabria - Erogazione di misure di sostegno e solidarietà in favore di nuclei familiari in difficoltà, anche temporanea, dovuta all'emergenza sanitaria da Covid-19 di cui alla DGR 44/2020 e D.D. n. 6049 del 03.06.2020 Avviso pubblico del Comune di CORIGLIANO ROSSANO (CS) approvato con Determinazione del Dirigente di Settore n. _____ del _____ - **Istanza per l'assegnazione dei buoni spesa**

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)
nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo di nascita) (prov.) (data)
Cod. Fisc.: _____ residente a _____
(_____) in _____ n. civ. _____
(prov.) (indirizzo)

Recapiti:
Telefono fisso/mobile _____

E-mail _____ PEC (facoltativa) _____

CHIEDE

L'assegnazione del buono spesa in oggetto e, a tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni false, mendaci e reticenti

DICHIARA

che il nucleo familiare di appartenenza è costituito da n. _____ persone, di cui n. _____ a carico del dichiarante, tutti come identificati in tabella:

Nr.	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto parentela dichiarante
1				
2				



3				
4				
5				
6				
7				

- ✓ che all'interno del nucleo familiare sono presenti n. _____ minori da 0 a 3 anni;
- ✓ che all'interno del nucleo familiare sono presenti n. _____ disabili;
- ✓ che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha presentato istanza per l'erogazione di misure analoghe presso altro Comune calabrese ovvero presso altro Comune italiano;
- ✓ che, a causa delle misure di distanziamento sociale imposte per il contenimento dell'epidemia da Covid-19, il sottoscritto (o altro componente il nucleo familiare) ha subito le seguenti conseguenze, aventi decisive ripercussioni, anche temporanee, sull'effettivo sostentamento del nucleo familiare, come sopra individuato *[barrare e descrivere]*:

- perdita o riduzione del lavoro (licenziamento, mancato rinnovo di contratto a tempo determinato, riduzione delle ore lavorative) senza attivazione di ammortizzatori sociali ovvero con ammortizzatori insufficienti in relazione al fabbisogno familiare, SPECIFICARE:

- sospensione temporanea dell'attività con partita IVA rientranti nei codici ATECO delle attività professionali, commerciali, produttive artigianali non consentite dal DPCM 22 marzo 2020 e successive integrazioni, SPECIFICARE:

- impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali/stagionali o intermittenti a causa dell'obbligo di permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria o per effetto della contrazione delle chiamate, SPECIFICARE:

- altro, SPECIFICARE: _____
- _____
- _____

DICHIARA, inoltre,

[ipotesi di ammissione prioritaria]

- di non avere percepito per il periodo di c.d. *lockdown* (09.03.2020 – 03.05.2020), a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, redditi, contributi o sussidi, comunque denominati;

[oppure]

- di aver percepito alla presente data, per il periodo di c.d. *lockdown* (09.03.2020 – 03.05.2020), a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, redditi, contributi o sussidi, comunque denominati, entro il limite di complessivi 780 euro, per un importo pari a € _____ a titolo di _____ ***[ipotesi di ammissione prioritaria]***

[oppure]

[ipotesi di ammissione secondaria]

- di avere percepito alla presente data, relativamente al mese di _____ 2020 [indicare il mese precedente a quello di presentazione della presente istanza], a nome proprio e di altro componente il nucleo familiare, redditi, contributi e/o



sussidi, comunque denominati, nei limiti di 780,00 euro mensili e precisamente pari a € _____ a titolo di _____

[oppure]

[ipotesi di ammissione residuale]

- di non rientrare in alcuna delle due ipotesi precedenti **[ipotesi di ammissione residuale]** (se comunque in possesso dei requisiti generali, il richiedente potrà eventualmente beneficiare della misura, ma senza priorità, solo in via residuale ed in presenza di economie) e di avere un ISEE di euro _____ (in lettere _____) come da documento allegato (ISEE); in caso di richiesta di ammissione alla "ipotesi residuale" la mancata presentazione dell'ISEE in corso di validità costituisce motivo di inammissibilità della domanda.

SI IMPEGNA

- ✓ all'utilizzo del buono spesa in conformità all'uso consentito per l'acquisto esclusivamente di generi alimentari, farmaceutici e di prima necessità secondo le modalità stabilite dal decreto regionale in oggetto e dall'Avviso pubblicato dal Comune di Corigliano Rossano;
- ✓ A conservare e ad esibire in caso di controllo la documentazione fiscale recante codice fiscale del titolare del buono, da richiedere agli esercizi commerciali convenzionati dopo ogni acquisto, fatta eccezione in caso di acquisto di farmaci, per i quali è previsto uno scontrino semplice, senza codice fiscale, accompagnato da liberatoria dell'acquirente, in l'acquisto avvenuto con tale modalità di pagamento non costituisce una spesa sanitaria detraibile ai sensi del TUIR.

Alla presente allega:

- ✓ copia di un valido documento di identità e codice fiscale;
- ✓ _____
- ✓ _____

Il/la dichiarante autorizza altresì il Comune di Corigliano Rossano al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attribuzione del beneficio in oggetto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Reg. EU 2016/679. Il dichiarante è informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14 GDPR n° 679/2016 e della normativa nazionale, che dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

È informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del beneficio indicato in oggetto e che un eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.

Luogo e data _____ Firma _____

Consapevole che le presenti dichiarazioni saranno oggetto di successive verifiche e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.), il/la sottoscritto/a si impegna, infine, a comunicare tempestivamente ogni variazione intervenuta relativamente alle dichiarazioni di cui alla presente istanza ed autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità relative al procedimento in oggetto.

Luogo e data _____ Firma _____