



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**

**INTERVENTO FINANZIATO TRAMITE PO FSE SICILIA 2014/2020 – ASSE II “INCLUSIONE SOCIALE E
 LOTTA ALLA POVERTÀ. OT 9 PRIORITÀ DI INVESTIMENTO 9.1, OBIETTIVO SPECIFICO 9.1, AZIONE
 9.1.3.**

CIP: 2014.IT.05.SFOP.014/2/9.1/7.1.1/0096 CUP: F37B20000050002

CIG: ZD92D54125



COMUNE DI CAMPOROTONDO ETNEO

All. 3

**COMUNICAZIONE CONFERMA/VARIAZIONE ISTANZA DI ACCESSO AD INTERVENTO
 SOCIO-ASSISTENZIALE
 E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47 del D.P.R. 445/2000)

AL COMUNE DI CAMPOROTONDO ETNEO

Il sottoscritto/a _____, nato/a a _____, il _____,
 residente a CAMPOROTONDO ETNEO, Via _____, n _____,
 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 Regionale n. 124 del 28/03/2020 e s.m.i. e dal D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 del Dipartimento Reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali, consapevole delle conseguenze previste per chi rende dichiarazioni false (artt. 48, 73, 75 e 76 del D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

- di aver richiesto in data _____ i Buoni spesa/voucher per l'acquisto di beni di prima necessità (alimenti, prodotti farmaceutici, prodotti per l'igiene personale, 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 Reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali;
- che non è intervenuta nel mese di Novembre 2020 modifica relativamente al possesso dei requisiti dichiarati nella predetta istanza.*
- che è intervenuta la seguente modifica relativamente al possesso dei requisiti dichiarati nella predetta istanza.*
 - peggiorativa
 - migliorativa

N.	Cognome e nome	Codice fiscale	Luogo e data di nascita	Parentela	Tipologia di beneficio	Importo
1						
2						
3						
4						
...						

- *BARRARE LA CASELLA DI INTERESSE

- 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 a cura dell'Amministrazione Regionale e, consapevole delle più generali finalità di utilizzo delle risorse del FSE, dichiara espressamente di conoscere ed accettare quanto previsto alla voce "Impegni" dell'Avviso pubblico emanato dal Comune.

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 per il mese di _____ di **BUONI SPESA/VOUCHER** per l'acquisto di **BENI DI PRIMA NECESSITA' (ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE, 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 Reg.Ie 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.

Il dichiarante assume l'obbligo di comunicare ogni eventuale modifica, peggiorativa o migliorativa, che interverrà relativamente al possesso dei requisiti prima dichiarati.

Liberatoria per il trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati fornita dal Titolare ed autorizza il trattamento delle informazioni contenute nella presente domanda ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679 GDPR.

LUOGO E DATA

FIRMA

Allego documento di riconoscimento

A PENA DI INAMMISSIBILITA', E' NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL DICHIARANTE.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D. Lgs. 196/03 e del Regolamento UE 2016/679 GDPR – Regolamento generale sulla protezione dei dati – i dati personali forniti dai richiedenti raccolti presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Camporotondo Etneo, per le finalità di gestione dell'istanza, saranno trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, limitatamente e per il tempo necessario agli adempimenti connessi alla procedura. Le medesime informazioni potranno essere comunicate alle Amministrazioni Pubbliche interessate alla verifica dei requisiti generali e speciali del partecipante. Ai sensi dell'art. 15 del citato regolamento, l'interessato ha il diritto di ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali e alle informazioni specificate nel comma 1 del medesimo articolo. Inoltre, l'interessato è titolare dei diritti di cui agli articoli 7, comma 3, 18, 20, 21 e 77 del suddetto regolamento. Tali diritti potranno essere fatti valere nei confronti del Responsabile dei Servizi Sociali, titolare dei Trattamenti dei dati personali è il Sindaco del Comune di Camporotondo Etneo, con sede in Via Umberto, n. 54 – 95040 Camporotondo Etneo.