



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**

**AII. 4**

**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.

## 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 CAMPOROTONDO ETNEO, 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>	<p><b>non percepire alcun reddito</b> da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere;</p>
<b>B</b>	<p>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, cassa integrazione ecc.) nel mese di <b>NOVEMBRE 2020</b>;</p>
<b>C</b>	<p><i>(in alternativa al punto B) che il dichiarante o altri componenti del nucleo familiare sono destinatari a valere su precedenti forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, ovvero</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Reddito di cittadinanza</b> : intestato a _____ ultimo importo percepito il _____ pari ad euro _____</li> <li>○ <b>REI</b> intestato a _____ ultimo importo percepito il _____ pari ad euro _____</li> <li>○ <b>BUONI SPESA /voucher erogati nell'anno 2020 ad altro titolo per emergenza COVID-19</b>, per un importo pari a € _____;</li> <li>○ <b>Naspi</b> intestato a _____ ultimo importo percepito il _____ pari ad euro _____</li> <li>○ <b>Indennità di mobilità</b> intestato a _____ ultimo importo percepito il _____ pari ad euro _____</li> <li>○ <b>disoccupazione</b> intestato a _____ ultimo importo percepito il _____ pari ad euro _____</li> <li>○ <b>Pensione</b> intestato a _____ ultimo importo percepito il _____ pari ad euro _____</li> <li>○ <i>hanno fatto domanda di <b>cassa integrazione ordinaria o in deroga</b></i></li> <li>○ <i>non ancora percepita</i></li> <li>○ <i>percepita in data _____ per un importo pari a euro _____</i></li> <li>○ <i>Altro: _____</i></li> </ul>

**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", 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	Residenza	Parentela	Stato civile
1						Coniugato/a <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> no Separato/a <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> no Se si separato Sentenza sì no
2						
3						
4						
...						

- 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. Il titolo di studio del soggetto indicato da coinvolgere in politiche attive è \_\_\_\_\_ e il numero iscrizione centro per l'impiego CPI è \_\_\_\_\_
- In aggiunta a quanto già dichiarato definire ( max 100 parole) ciò che ha determinato un ulteriore stato di bisogno a seguito dell'emergenza sanitaria

Consapevole che la presente istanza non costituisce diritto all'ottenimento dei beni richiesti quale sostegno per lo stato emergenziale attuale.

**È POSSIBILE ALLEGARE ALTRI DOCUMENTI ATTESTANTI L'ATTUALE STATO DI BISOGNO**

ALLEGA

## CHIEDE

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

### **BENI DI PRIMA NECESSITA' (ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE IVI INCLUSE LE 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, 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.

○ di essere 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 .

**A PENA DI INAMMISSIBILITA', LE ISTANZE PRIVE DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E/O NON COMPILATE IN OGNI SUA PARTE, VERRANNO ARCHIVIAE D'UFFICIO , SENZA ULTERIORE COMUNICAZIONE.**

ALLEGA DOCUMENTO DI  
RICONOSCIMENTO DEL  
RICHIEDENTE

LUOGO E DATA

FIRMA

---

---