

**Al Responsabile dei Servizi Sociali
del Comune di Castelfranco Piandiscò**

Autodichiarazione per la richiesta di contributo alimentare ai sensi il DD della Direzione diritti di cittadinanza e coesione sociale della Regione Toscana n. 20130 del 09/12/2020 con oggetto “POR FSE 2014-2020 Asse B Attività B.2.2.2.a) – Approvazione avviso pubblico “Azioni di sostegno integrate rivolte alle fasce più deboli della popolazione a seguito dell’emergenza Covid-19”

Dichiarazione sostitutiva di certificazione a/o sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445, e ss.mm.ii.

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____ a _____
_____ provincia di _____ il
_____ C.F.: _____ residente o domiciliato^(*) (^(*)qualora, a
seguito di provvedimento della USL che ha dichiarato l'isolamento o quarantena come misura di tutela
sanitaria, da allegare obbligatoriamente alla presente) nel Comune di Castelfranco Piandiscò (AR) in
via/piazza _____ n. _____ C.A.P 52026 con recapito telefonico _____

Facente parte del nucleo familiare composto da:

Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale: _____
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale: _____
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale: _____
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale: _____
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale: _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/10/2000 n° 445 e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità

CHIEDE

- di essere ammesso per se stesso e per il proprio nucleo familiare all’assegnazione delle misure previste, ai sensi dell’ordinanza della protezione civile n. 658/2020 mediante:

- **Buoni spesa**

A TAL FINE DICHIARA

che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato domanda per la concessione dello stesso contributo.

1)- di far parte di un nucleo familiare particolarmente esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza Covid-19 e di essere in stato di bisogno, in quanto le **ENTRATE DELLA FAMIGLIA** - di qualsiasi natura - **presunte** per il mese di Maggio 2021 sono quantificabili in euro _____ e sono formate da (barrare le caselle di interesse e compilare con gli importi):

- redditi da lavoro autonomo e/o dipendente €. _____
- redditi da locazione di immobili €. _____
- pensioni €. _____
- cassa integrazione guadagni, Naspi e indennità di mobilità indennità di disoccupazione €. _____
- reddito o pensione di cittadinanza €. _____
- reddito di emergenza €. _____
- redditi non soggetti a IRPEF (es pensioni e/o assegni di inabilità e invalidità civile, rendite INAIL, assegni di maternità, borse di studio) €. _____
- assegno di mantenimento dei figli e/o per il coniuge separato o divorziato €. _____
- altro _____ €. _____

2)- indicare eventuali spese per affitto/mutuo/finanziamenti/ rientro da fidi bancari/cessioni del quinto sullo stipendio) riferite al mese di

- affitto mensile €. _____
- mutuo mensile €. _____
- rata finanziamento mensile €. _____
- fidi bancari €. _____
- cessione del quinto €. _____
- altro _____ €. _____

3)- che il nucleo familiare **NON è titolare** di conti correnti bancari e postali per i quali l'importo superi per numero di componenti al **31/05/2021**:

- €.4.000,00 per 1 componente;
- €.6.000,00 per 2 componenti;
- €.8.000,00 per 3 componenti;
- €.10.000,00 per 4 componenti e oltre,

Autorizza inoltre codesto Ente ad effettuare verifica circa la veridicità delle Dichiarazioni sostitutive rese sopra in conformità al D.P.R. 445/2000 nella consapevolezza che le Dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del medesimo D.P.R. oltre a comportare la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti.

SI IMPEGNA

All'utilizzo del buono spesa in conformità all'uso consentito (acquisto esclusivamente di generi alimentari e di prima necessità).

DOMANDA PRESENTATA NELL'INTERESSE O IN NOME E PER CONTO DI ALTRI

La presente domanda è presentata in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale.

Se ricorre il suddetto caso, ogni riferimento al "richiedente" del presente modello, è da intendersi come riferito al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è presentata la domanda.

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. ____ Data di nascita _____
Codice Fiscale _____
Residente a _____ Prov. ____ CAP _____
Via/Piazza _____ n. _____
Documento di riconoscimento _____ Numero _____
Rilasciato da _____ Data (gg/mm/aaaa) _____
Recapito telefonico _____ E-mail _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e civili per falsità in atti e dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art 76 del DPR n. 445 del 20.12.2000, dichiara che quanto dichiarato è vero ed accertabile ai sensi dell'art 43 del DPR suindicato ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti; che è a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nella dichiarazione resa ai soli fini della evasione della istanza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

_____ lì _____

firma

_____ (o in sostituzione Esercente Responsabilità Genitoriale/Tutore/Amministratore di Sostegno)

** Ai sensi dell'art. 3 comma 11 della Legge n. 127/97 quale modificato dall'art. 2 comma 10 della Legge 16 giugno 1998 n. 191, la sottoscrizione della presente Istanza non è soggetta ad autenticazione qualora sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un **Documento di identità valido del sottoscrittore**. In caso di cittadino extracomunitario andrà esibito il Permesso di soggiorno.

IL DIPENDENTE ADDETTO

(Timbro dell'Ente)

_____ lì _____

N.B.: la presente domanda, compilata e firmata, unitamente ad una copia di un documento di riconoscimento, deve essere inviata all'email: buonispesa@castelfrancopiandisco.it.



Anno

DOMANDA DI ISCRIZIONE

REGIONE TOSCANA

(SCRIVERE IN STAMPATELLO)

A cura dell'Ente Attuatore Ammesso inizio Non ammesso inizio Ammesso dopo l'inizio
TITOLO DELL'INTERVENTO..... **MATRICOLA**
ENTE ATTUATORE.....

...I... sottoscritto/a.....nato/a il
giorno mese anno
 a.....(.....) Stato..... codice fiscale
Comune prov.

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITÀ E DELLE PENE STABILITE DALLA LEGGE PER FALSE ATTESTAZIONI E MENDACI DICHIARAZIONI, SOTTO LA SUA PERSONALE RESPONSABILITÀ (ARTT. 48-76 D.P.R. 28/12/2000, N°445)

DICHIARA

- di essere di sesso - di avere cittadinanza:
 di risiedere in via/piazza.....n..... comune..... C.A.P.....
 provinciatelefono /...../..... cellulare /...../..... e-mail.....
prefisso numero

(se la residenza è diversa dal domicilio)
 di essere domiciliato in via/piazza.....n..... comune..... C.A.P.....
 provincia.....telefono /...../.....
prefisso numero

di far parte del seguente gruppo vulnerabile

Altro tipo di vulnerabilità / le altre persone svantaggiate (persone inquadrate nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore) tossicodipendenti / ex tossicodipendenti, detenuti / ex-detenuti, vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento)

- di essere in possesso del titolo di studio di:

- Nessun titolo
- Licenza elementare/Attestato di valutazione finale
- Licenza media /Avviamento professionale
- Titolo di istruzione secondaria di II grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (qualifica di istituto professionale, licenza di maestro d'arte, abilitazione all'insegnamento nella scuola materna, attestato di qualifica professionale e diploma professionale di Tecnico (iepf), Qualifica professionale regionale di I livello (post-obbligo, durata => 2 anni)
- Diploma di istruzione secondaria di II grado che permette l'accesso all'università
- Qualifica professionale regionale post-diploma, certificato di specializzazione tecnica superiore (IFTS)
- Diploma di tecnico superiore (ITS)
- Laurea di I livello (triennale), diploma universitario, diploma accademico di I livello (AFAM)
- Laurea magistrale/specialistica di II livello, diploma di laurea del vecchio ordinamento (4-6 anni), diploma accademico di II livello (AFAM o di conservatorio, accademia di belle arti, accademia d'arte drammatica o di danza, ISIAE vecchio ordinamento)
- Titolo di dottore di ricerca

- di essere nella seguente condizione occupazionale:

- occupato (anche chi ha occupazione saltuaria/atipica e chi è in C. I. G. ordinaria)
compilare la sezione "A"
- disoccupato (chi ha perso il lavoro in mobilità e C.I.G. straordinaria)
compilare la sezione "B"
- studente (chi frequenta un corso regolare di studi)

Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in o servizio civile, in altra condizione)

SEZIONE "A" – OCCUPATO O IN C. I. G. ORDINARIA

Di essere occupato presso l'impresa o ente:
 Tipologia impresa: Privata Pubblica P.A.
 Classe Dimensionale: 1-9 10 - 49 50 - 249 250 - 499 Oltre 500
 Settore economico.....
 denominazione.....
 via/piazza..... numero civico
 località..... comune..... provincia.....

- di essere nella seguente condizione rispetto a:

RAPPORTO DI LAVORO

- Contratto a tempo indeterminato
- Contratto a tempo determinato
- Contratto di apprendistato
- Contratto di somministrazione, a chiamata, interinale
- Lavoro accessorio (voucher) – lavoro occasionale
- Co.co.co/co.co.pro (fino al 31.12.2015 salvo casi previsti da Legge)
- Lavoro a domicilio
- Autonomo
- Altro tipo di contratto

SEZIONE "B" – DISOCCUPATO, IN MOBILITÀ O C.I.G. STRAORDINARIA

di essere disoccupato, da meno di 6 mesi da 6 a 11 mesi
in mobilità o C.I.G.: da 12 a 24 mesi da oltre 24 mesi

Per i minori di 18 anni firma del genitore o di chi ne esercita la patria potestà

DATA.....

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

Informativa agli interessati ex art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 “Regolamento Generale sulla protezione dei dati”

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE/679/2016 La informiamo che i suoi dati personali, che raccogliamo per le finalità di monitoraggio, comunicazione, controllo e archiviazione, previste dalla L.R. 32 del 26 luglio 2002 e sue successive modificazioni e dai Regolamenti Comunitari del Fondo Sociale Europeo, saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente.

A tal fine le facciamo presente che:

1. La Regione Toscana- Giunta regionale è il titolare del trattamento (dati di contatto: P.zza duomo 10 - 50122 Firenze; regionetoscana@postacert.toscana.it)

2. Il conferimento dei Suoi dati, che saranno trattati dal personale autorizzato con modalità manuale e/o informatizzata, è obbligatorio e il loro mancato conferimento preclude la partecipazione alle attività.
I dati raccolti non saranno oggetto di comunicazione a terzi, se non per obbligo di legge e non saranno oggetto di diffusione.

3. I Suoi dati saranno conservati presso gli uffici del Responsabile del procedimento per il tempo necessario alla conclusione del procedimento stesso, saranno poi conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

4. Lei ha il diritto di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiederne la rettifica, la limitazione o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati (dpo@regione.toscana.it).

5. Può inoltre proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le indicazioni riportate sul sito dell'Autorità di controllo (<http://www.garanteprivacy.it/>)

Data.....

Firma per presa visione

.....