

AI COMUNE DI CODOGNO
Ufficio Integrazione Sociale

Oggetto: Emergenza Coronavirus – Richiesta Buoni spesa a favore di nuclei familiari più esposti agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e tra quelli in stato di bisogno

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente/domiciliato in _____ (____) in via _____
recapito telefonico _____ cellulare _____
email _____

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio di cui al bando per assegnazione dei BUONI SPESA COVID previsti per la solidarietà alimentare, ai sensi dell'ordinanza della protezione civile n. 658/2020 e il Decreto Legge n. 154 del 23/11/2020, per se stesso e per il proprio nucleo familiare.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dal beneficio eventualmente concesso sulla base delle dichiarazioni non veritiere, come indicato dall'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, **sotto la propria personale responsabilità**

DICHIARA ED AUTOCERTIFICA

(barrare le caselle corrispondenti e completare le parti vuote)

ATTENZIONE La domanda deve essere compilata senza errori e cancellature, con chiarezza e precisione. Se non verranno indicati i dati richiesti, non sarà possibile attribuire alcun punteggio.

Che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

Componenti del Nucleo Familiare Cognome Nome	Grado Parentela	Età	Occupazione	Invalidità Civile superiore 75%	Reddito Di Cittadinanza	Reddito (Indicare La Cifra Percepita Netta)
.....	<input type="checkbox"/> dichiarante		<input type="checkbox"/> LAVORATORE <input type="checkbox"/> PENSIONATO <input type="checkbox"/> STUDENTE <input type="checkbox"/> DISOCCUPATO <input type="checkbox"/> CASSA INTEGRAZIONE <input type="checkbox"/> INFANTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

.....	<input type="checkbox"/> Moglie/marito <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Sorella/ fratello <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Suocero/suocera <input type="checkbox"/> Cognato/cognata <input type="checkbox"/> Altro _____		<input type="checkbox"/> LAVORATORE <input type="checkbox"/> PENSIONATO <input type="checkbox"/> STUDENTE <input type="checkbox"/> DISOCCUPATO <input type="checkbox"/> CASSA INTEGRAZIONE <input type="checkbox"/> INFANTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> Moglie/marito <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Sorella/ fratello <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Suocero/suocera <input type="checkbox"/> Cognato/cognata <input type="checkbox"/> Altro _____		<input type="checkbox"/> LAVORATORE <input type="checkbox"/> PENSIONATO <input type="checkbox"/> STUDENTE <input type="checkbox"/> DISOCCUPATO <input type="checkbox"/> CASSA INTEGRAZIONE <input type="checkbox"/> INFANTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> Moglie/marito <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Sorella/ fratello <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Suocero/suocera <input type="checkbox"/> Cognato/cognata <input type="checkbox"/> Altro _____		<input type="checkbox"/> LAVORATORE <input type="checkbox"/> PENSIONATO <input type="checkbox"/> STUDENTE <input type="checkbox"/> DISOCCUPATO <input type="checkbox"/> CASSA INTEGRAZIONE <input type="checkbox"/> INFANTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> Moglie/marito <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Sorella/ fratello <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Suocero/suocera <input type="checkbox"/> Cognato/cognata <input type="checkbox"/> Altro _____		<input type="checkbox"/> LAVORATORE <input type="checkbox"/> PENSIONATO <input type="checkbox"/> STUDENTE <input type="checkbox"/> DISOCCUPATO <input type="checkbox"/> CASSA INTEGRAZIONE <input type="checkbox"/> INFANTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> Moglie/marito <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Sorella/ fratello <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Suocero/suocera <input type="checkbox"/> Cognato/cognata <input type="checkbox"/> Altro _____		<input type="checkbox"/> LAVORATORE <input type="checkbox"/> PENSIONATO <input type="checkbox"/> STUDENTE <input type="checkbox"/> DISOCCUPATO <input type="checkbox"/> CASSA INTEGRAZIONE <input type="checkbox"/> INFANTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
.....	<input type="checkbox"/> Moglie/marito <input type="checkbox"/> Figlio/a <input type="checkbox"/> Sorella/ fratello <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Suocero/suocera <input type="checkbox"/> Cognato/cognata <input type="checkbox"/> Altro _____		<input type="checkbox"/> LAVORATORE <input type="checkbox"/> PENSIONATO <input type="checkbox"/> STUDENTE <input type="checkbox"/> DISOCCUPATO <input type="checkbox"/> CASSA INTEGRAZIONE <input type="checkbox"/> INFANTE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

1. L'entrata complessiva del mese di agosto 2021 dell'intero nucleo familiare è di Euro _____
 (Somma di tutte le entrate al 31.08.2021)

2. **ISEE /2021** del proprio nucleo familiare €
Prot. INPS

3. **SITUAZIONE ABITATIVA:** *inserire importo mensile del*

Mutuo € _____ Affitto € _____

4. **LA CONDIZIONE DI DISAGIO è conseguente all'attuale emergenza**

☐ NO

☐ SI

in considerazione dei seguenti elementi intercorsi dall'anno 2020 :

(BARRARE MOTIVAZIONE DELLA RIDUZIONE DEL REDDITO O DELLO STATO DI BISOGNO) :

☐ uno o più componenti del mio nucleo hanno avuto un licenziamento dal giorno _____

☐ uno o più componenti del mio nucleo hanno avuto Sospensione dal lavoro o contratto scaduto dal giorno _____

☐ uno o più componenti del mio nucleo hanno avuto Riduzione attività lavorativa dal giorno _____

☐ uno o più componenti del mio nucleo hanno avuto Cassa integrazione dal giorno _____

☐ uno o più componenti del mio nucleo hanno avuto Cessazione attività autonoma Dal giorno _____

☐ uno o più componenti del mio nucleo sono deceduti a causa del Covid-19 il giorno _____

☐ Altro

specificare _____

Allegare documento comprovante quanto sopra indicato (es lettera licenziamento, cassa integrazione, busta paga).

Qualora non fosse allegato nulla, l'Ufficio si riserva, nell'ambito dei controlli preventivi e successivi di competenza, di chiedere esibizione sia in fase valutativa che successiva.

5. **Sussidi o contributi**

☐ dichiara di non percepire (nel proprio nucleo familiare) alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale

- ☐ dichiara di aver percepito nel 2021 (nel proprio nucleo familiare) un contributo di provenienza statale, regionale e/o comunale (es Reddito o pensione cittadinanza, Naspi ecc) pari a € _____
- ☐ dichiara di aver percepito il reddito di emergenza
- ☐ dichiara di non aver percepito il reddito di emergenza

6. Dichiara che il **patrimonio mobiliare** (conto corrente bancario, libretto postale, ecc) **complessivo del mio nucleo familiare** ammonta alla data del 31/08/2021 a euro:

Allegare copia estratto conto (se non allegato, potrà comunque essere richiesto nella fase di controllo da parte del Servizio Sociale Comunale).

7. Il mio nucleo **NON** ha già percepito i buoni spesa nel primo bando 2021:

- ☐ sì
- ☐ no

Il/la sottoscritto/a:

- Prende atto che ai sensi del Regolamento UE 2016/679 “Codice in materia di protezione dei dati personali” i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra;
- Prende atto inoltre che sui dati dichiarati il Comune potrà effettuare controlli da parte degli organi preposti, ai sensi dell’articolo 71 del DPR n. 445 del 2000 e ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni avvalendosi dell’accesso alle banche dati disponibili all’Ente o di Enti terzi (es Guardia di finanza) . Sono altresì consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non veritiere, si decadrà dai benefici percepiti e sarà attivato procedimento previsto dal DPR445/2000
- Dichiara di aver preso visione dell’informativa riservatezza e trasparenza sottostante e di autorizzare al trattamento dei dati di cui sopra

Codogno , _____

Il/La richiedente

Allegata C.I. o documento riconoscimento in corso di validità

INFORMATIVA PER L'UTENTE

TERMINI

La conclusione del procedimento dovrà avvenire secondo termini indicati nel bando, fatta salva l'eventuale richiesta di documentazione integrativa e sospensione dei termini che si rendesse necessaria.

REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI GDPR 679/2016

Il Comune di Codogno, in qualità di Titolare del Trattamento, garantisce la corretta tutela dei dati personali trattati, nel rispetto dei principi stabiliti dal GDPR 679/2016 e dalla normativa nazionale vigente.

Il DPO (Data Protection Officer) nominato è la dott.ssa Simona Persi reperibile al seguente indirizzo mail: dpo@comune.codogno.lo.it, oppure al seguente numero: 0377314228.

L'interessato potrà esercitare i suoi diritti scrivendo direttamente al Titolare via posta o a mezzo pec. L'informativa estesa è reperibile sul sito internet al seguente link <https://www.comune.codogno.lo.it/dpo> oppure presso il competente ufficio.

INFORMATIVA TRASPARENZA ai sensi dell'art. 2 della Legge 241/90 e della Legge 35/2012

Si informa:

- che il responsabile del Servizio Integrazione Sociale Politiche Infanzia e Famiglia è la dr.ssa Marcella Anna Incerti;
- che i responsabili del procedimento sono le Assistenti Sociali del Servizio Integrazione Sociale identificate nelle persone di Molinaroli Federica, Ferrari Ilaria Elvina e Chiozzi Gemma;
- che il funzionario sostitutivo in caso di inerzia è individuato nel Segretario Generale del Comune di Codogno, dr.ssa Noviello Elena