

Al Comune di Simaxis

Ufficio Servizi Sociali

NUOVA ISTANZA

RINNOVO

Oggetto: Richiesta buoni spesa previsti dall'art. 2 del Decreto Legge 23 novembre 2020 n. 154 recante "Misure finanziarie urgenti connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" e dall'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale 

Tel./cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE

la concessione dei buoni spesa utilizzabili per l'acquisto di generi alimentari di cui all'art. 2 D.L. n. 154/2020 e dell'art.2 co 4 lettera a) dell'Ordinanza n. 658 emessa in data 29/03/2020 dal Capo del Dipartimento della Protezione Civile I.

### DICHIARA

- di aver preso visione delle disposizioni contenute nell'Avviso;
- di essere consapevole di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, e dal successivo all'art. 75 in materia di decadenza dai benefici e dall'art. 76 che stabilisce che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti;
- GIÀ RICHIEDENTE DEI BUONI SPESA (APRILE MAGGIO 2020)**
- (SOLO IN CASO DI RINNOVO)** che la propria situazione socio-economica e familiare, in conseguenze dell'emergenza COVID-19, non è variata rispetto a quanto dichiarato nella precedente richiesta per il riconoscimento dei "BUONI SPESA";

### IN CASO DI NUOVA ISTANZA E/O DI MODIFICA DELLA SITUAZIONE SOCIO – ECONOMICA:

- ha interrotto la propria attività lavorativa con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ partita iva/codice fiscale \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_;
- ha avuto una sospensione dal lavoro o riduzione del proprio orario di lavoro presso \_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_;
- è inoccupato/a;
- che usufruisce di uno dei seguenti sostegno al reddito:

<input type="checkbox"/> INPS (integrazioni salariali, co.co.co ecc.)	€ _____
<input type="checkbox"/> Reddito di cittadinanza / R.E.I.S.	€ _____
<input type="checkbox"/> NASPI	€ _____
<input type="checkbox"/> Indennità di mobilità	€ _____
<input type="checkbox"/> Cassa Integrazione	€ _____
<input type="checkbox"/> Rendita INAIL	€ _____
<input type="checkbox"/> Stipendio netto mensile	€ _____
<input type="checkbox"/> Pensione e/o invalidità civile netta mensile	€ _____
<input type="checkbox"/> C/C Postali e/o Bancari	€ _____
<input type="checkbox"/> Lavoro senza contratto e senza assicurazioni	€ _____
<input type="checkbox"/> Altro _____	€ _____
<input type="checkbox"/> Altro _____	€ _____

- che la famiglia convivente alla data della presente è composta come risulta dal seguente prospetto:

Cognome e nome	M/F	Ruolo	Età	Stato Civile	Professione

- che l'indirizzo di residenza e domicilio del nucleo familiare alla data della presente è il seguente: Comune di \_\_\_\_\_ via/Località \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_;
- di far parte di un nucleo familiare particolarmente esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e di essere in stato di bisogno, in quanto:

- [illustrare sinteticamente le ragioni dello stato di bisogno]
- 
- 

- che il proprio nucleo familiare si trova in grave difficoltà economica, senza alcun reddito disponibile e alcuna forma di sostentamento reperibile attraverso accumuli bancari o postali;
- di aver subito la perdita di lavoro e/o riduzione dello stesso, a seguito di crisi dovuta all'emergenza sanitaria in atto, (indicare il lavoro perso e l'importo attuale percepito in caso di riduzione) \_\_\_\_\_ e l'importo mensile \_\_\_\_\_
- Di aver subito il mancato rinnovo alla scadenza del contratto a tempo determinato successivo all'inizio del periodo di crisi dovuta all'emergenza sanitaria in atto
- Di essere in cassa integrazione (specificare riduzione dello stipendio da € \_\_\_\_\_ a € \_\_\_\_\_ mensili con decorrenza dal \_\_\_\_\_)
- a causa dell'epidemia in corso ha dovuto chiudere l'attività commerciale o artigiana di cui è titolare;

- a causa dell'epidemia in corso ha dovuto rinunciare ai lavori occasionali con i quali sosteneva la propria famiglia;
- di non poter svolgere alcuna attività lavorativa in quanto posto in quarantena a causa dell'epidemia;
- è inoccupato o disoccupato, al pari di tutti i componenti il nucleo familiare, e a causa dell'epidemia in corso ha dovuto interrompere la ricerca di un lavoro.
- altro (specificare) \_\_\_\_\_
- Di ogni altra misura eventualmente usufruita \_\_\_\_\_ (specificare)  
importo mensile € \_\_\_\_\_

Lì \_\_\_\_\_

(Firma per esteso e leggibile)

**Allega fotocopia carta d'identità** o di altro documento di identità ed autorizza i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (es. anagrafe, servizi sociali ecc.) e nazionali (es. INPS, Guardia di Finanza ecc.) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.

L'autocertificazione dovrà essere presentata secondo le seguenti modalità:

1. via pec al seguente indirizzo di posta: [protocollo@pec.comune.simaxis.or.it](mailto:protocollo@pec.comune.simaxis.or.it);
2. via mail ordinaria al seguente indirizzo di posta: [protocollo@comune.simaxis.or.it](mailto:protocollo@comune.simaxis.or.it).
3. per chi non ha possibilità di inviarla via mail, potrà depositarla presso l'apposita cassetta delle lettere, posta fuori, all'ingresso del Comune, soltamente dal lunedì al venerdì dalle ore 08:30 alle ore 13:30;

E' responsabilità del cittadino-richiedente verificare la correttezza dell'istanza e della documentazione presentata.

**La domanda Autocertificativa, qualora dovesse essere incompleta, ossia priva di una o più pagine, non firmate e non debitamente compilate, sarà considerata DECADUTA e/o SOSPESA sino a quando la stessa non sarà perfezionata dall'interessato.**

L'ufficio Servizi Sociali declina ogni Responsabilità sull'erronea compilazione e/o presentazione dell'Istanza.

**Potrà essere presentata una sola Richiesta per nucleo familiare.**

## COMUNE DI SIMAXIS – PROVINCIA DI ORISTANO

### Buono spesa

#### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI CONFERITI CON IL PRESENTE MODULO – ATTIVITA’ DI FRONT OFFICE – E RESA AI SENSI DEL REG. UE N.679/2016 (GDPR)

Il Comune di Simaxis, in qualità di titolare (con sede in via S. Simaco snc – 09088 Simaxis; email: servizi [assistentesociale@pec.comune.simaxis.or.it](mailto:assistentesociale@pec.comune.simaxis.or.it) tel. 0783-40691), tratterà i dati personali da Lei conferiti con il presente modulo di istanza/comunicazione con modalità prevalentemente informatiche e telematiche (ad esempio, utilizzando procedure e supporti elettronici) nonché manualmente (ad esempio, su supporto cartaceo), con logiche correlate alle finalità previste dalla base giuridica – Principi dell’Ordinamento dell’Unione Europea e normativa europea pertinente – Costituzione – Principi generali dell’attività amministrativa di cui all’art.1, L. 241/1990 – Disposizioni che attengono ai livelli essenziali delle prestazioni (LEA), di cui all’articolo 117, secondo comma, lettera m), Cost. – D.Lgs. n. 267/2000 – D.Lgs n. 165/2001 – Legge n. 145/2002 – D.Lgs n. 196/2003 – D. Lgs n. 196/2003 – D. Lgs n. 82/2005 – D. Lgs. n. 193/2006 – D.Lgs. n. 150/2009 – L.69/2009 – D. Lgs. n. 104/2010 – D.Lgs. n. 123/2011 – D.Lgs. n. 149/2011 – L. 190/2012 - PNA 2013, e successivi nonché PTPC in vigore – D.Lgs. n. 33/2013 – DPR n. 62/2013 e Codice di comportamento dell’Ente – L. 124/2015 e decreti legislativi attuativi – Reg. UE 679/2016 – Statuto – Regolamento sul procedimento amministrativo - D.P.R. 9.10.1990, n. 309 (artt. 3 e ss.) – L. 8.11.2000, n. 328 – Decreto Legislativo n. 147 del 15 Settembre 2017 recante “disposizioni per l’introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà” – in particolare verranno trattati dal titolare per l’esecuzione dei compiti di interesse pubblico, comunque, connessi all’esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati. Il conferimento dei dati è obbligatorio, e il mancato conferimento non consente al titolare di svolgere l’attività/servizio da Lei richiesto. I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario alla conclusione del procedimento-processo o allo svolgimento del servizio-attività richiesta e, successivamente alla conclusione del procedimento- processo o cessazione del servizio-attività, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e dai collaboratori del titolare. Potranno essere comunicati ad altri soggetti a cui i dati devono essere obbligatoriamente comunicati per dare adempimento ad obblighi di legge o regolamento. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificatamente previsti dal diritto nazionale o dell’Unione Europea.

### CONSENSO

Al trattamento, da parte del titolare e del contitolare, sopra indicati, dei dati personali per il Buono Spesa

Ai sensi del Regolamento U.E. n.679/2016 (GDPR) autorizzo il titolare del trattamento dei dati ad **utilizzare il numero di telefono cellulare**, il telefono fisso o l’indirizzo e-mail indicati in questo modulo al fine di  **ricevere comunicazioni, informazioni, avvisi ed aggiornamenti riguardanti il presente progetto di intervento e la liquidazione del contributo** ad esso legato.

Simaxis,\_\_\_\_\_

Il Dichiaraente \_\_\_\_\_