

Oggetto: Richiesta buoni spesa previsti dall'art. 2 comma 4 lettera a) dell'Ordinanza n. 658 emessa in data 29/03/2020 dal Capo del Dipartimento della Protezione Civile

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente in _____ via _____ n° _____

Codice

Fiscale

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

professione _____

Tel./cellulare _____ e-mail _____

- ☐ 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
- ☐ che **attualmente** in relazione alla situazione determinatasi per effetto delle conseguenze dell'emergenza COVID-19, ha subito una variazione del proprio rapporto di lavoro, nello specifico:
 - ☐ 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 :
 - ☐ Reddito di cittadinanza € _____
 - ☐ Rendita INAIL € _____
 - ☐ Stipendio netto mensile € _____
 - ☐ Pensione e/o invalidità civile netta mensile € _____
 - ☐ Lavoro senza contratto e senza assicurazioni € _____
 - ☐ Altro € _____

CHIEDE

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

A tale scopo dichiara :

1. che i componenti del proprio nucleo familiare, oltre al/la sottoscritto/a, sono i seguenti:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

- ☐ 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 € _____

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.

Li _____

(Firma per esteso e leggibile)

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 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 Dichiarante _____