



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**

**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 Aci Castello**

Il sottoscritto/a (da compilare a cura dell'intestatario della scheda anagrafica)

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

nato/a a : \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente ad Aci Castello (CT) in via: \_\_\_\_\_ n° : \_\_\_\_\_

codice fiscale: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

cell.: \_\_\_\_\_ **(obbligatorio)** 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 Pubblico del 13.05.2020 del Comune di Aci Castello (CT), relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente di:

- essere residente nel Comune di Aci Castello (CT);
- *(contrassegnare le lettere d'interesse nel seguente prospetto in relazione ai requisiti posseduti alla data di presentazione della domanda)*

<b>A</b>	non percepire alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere;
<b>B</b>	non essere destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominata (indicativamente: <b>Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, Pensione, ecc.</b> );
<b>C</b>	<i>(in alternativa al punto B)</i> essere destinatario a valere su precedenti forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, e di buoni spesa/voucher erogati ad altro titolo per emergenza COVID-19, <b>per un importo pari a €.....*</b> ;

\* **somma** importi percepiti dal nucleo familiare.

**AVVERTENZE:**

**Non saranno prese in considerazione le istanze** dei nuclei familiari le cui forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, e 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
1					
2					
3					
4					
5					
...					

- 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 successivamente a cura dell'Amministrazione Regionale.

Consapevole che la presente istanza non costituisce diritto all'ottenimento dei beni richiesti quale sostegno per lo stato emergenziale attuale, fin d'ora comunque,

**CHIEDE**

l'erogazione di **BUONI SPESA/VOUCHER** per l'acquisto di **BENI DI PRIMA NECESSITA' (ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE E DOMESTICA, 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 Amministrazioni competenti per la verifica delle autocertificazioni.

**Acì Castello, lì \_\_\_\_\_ (data)**

**Firma**

**A PENA DI INAMMISSIBILITA', E' NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE**