

Al Sindaco
del Comune di Sant'Agata de'Goti
Mail :emergenzacovid19@comune.santagatadegoti.bn.it
PEC: protocollo.comune.santagatadegoti@pec.it

Oggetto: Contributo Buoni Spesa Alimentare Comunale. Anno 2021.

_____ l _____ sottoscritt_____ _____
nato/a _____ il ____/____/____ residente in Via
_____ n° _____ Comune di Sant'Agata de'Goti (BN) Tel
* ____/____ (* obbligatorio) mail: _____

Codice Fiscale

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

CHIEDE

di poter accedere ai contributi di solidarietà alimentare mediante erogazione di BUONI SPESA COMUNALI;

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di documenti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità, e ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00,

DICHIARA

- Di essere Cittadino italiano o comunitario e di essere residente nel Comune di Sant'Agata de'Goti; ovvero
- Di essere Cittadino extra comunitario, residente nel Comune di Sant'Agata dei Goti alla data del 31/01/2020, ed essere titolare della carta di soggiorno e/o del permesso di soggiorno in corso di validità.
- che il valore ISEE del proprio nucleo familiare è di € _____,___ (in caso di ISEE pari ad € 0,00 compilare l'Allegato 2).
- che il nucleo familiare rientra in una delle seguenti condizioni:
Segnare con una X la casella cui corrisponde la propria situazione.
 - Nucleo Familiare composto da n. 1 o 2 persone e con Redditi/Indennità mensile fino ad € 500,00;
 - Nucleo Familiare composto da n. 3 o 4 persone e con Redditi/Indennità mensile fino ad € 900,00;
 - Nucleo Familiare composto da n. 5 o più persone e con Redditi/Indennità mensile fino ad € 1.200,00.
- Che il nucleo familiare percepisce € _____,___ a titolo di contributo per il canone di locazione (come dichiarato nella DSU ai fini ISEE per l'anno 2021) prevista nel Reddito di Cittadinanza;
- che nel nucleo familiare sono presenti n. _____ figli minori conviventi ed a carico;
- che nel proprio nucleo familiare vi sono n _____ persone disabili gravi ex art.3 comma 3 L.104/92 o invalidi civili al 100% ex L. 118/71 ss.mm.ii. (allegare copia della relativa certificazione);
- di essere, nel nucleo, l'unico richiedente il contributo;
- di appartenere a nucleo familiare mono-reddituali con attività lavorativa autonoma-artigiana-commercianti che ha subito una riduzione reddituale connessa alle limitazioni imposte dai vari DPCM adottati per contrastare la diffusione del virus Covid-19.

- che i componenti del proprio nucleo familiare, come autocertificato nella DSU, risultano nella seguente condizione lavorativa:

ID	Nome e Cognome	Grado Di Parentela	Condizione Lavorativa*
1		RICHIEDENTE	
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			

* es.: Lav. Dipendente, Lav. Autonomo, Percettore CIG/NASPI ecc, Inoccupato/Disoccupato, Benef. RdC.

- dichiara altresì che le giacenze (bancari/postali/carte prepagate) complessivamente calcolate dei componenti il Nucleo familiare, eccetto sé intestati ai minori, non sono superiori a € 5.000,00 ovvero che il nucleo familiare non è in possesso di altri strumenti di deposito immediatamente smobilizzabili.
- Il sottoscritto dichiara che nel proprio nucleo familiare uno (o più componenti) sta effettuando terapia farmacologica per la cura del virus Covid-19, e pertanto chiede l'erogazione del voucher specifico per le spese farmaceutiche che si impegna a spendere esclusivamente presso le farmacie accreditate con il Comune di Sant'Agata dei Goti.

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

- Copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- Certificazione ISEE, in corso di validità per l'anno 2021;
- Allegato n. 2 - in caso di ISEE pari ad € 0,00;
- Copia della certificazione attestante il riconoscimento dell'invalidità civile al 100% ex L. 118/71 ss.mm.ii. e/o copia L. 104/92, se in possesso;
- Carta di soggiorno/permesso di soggiorno, ove richiesto;
- Informativa sulla privacy.
- Certificazione medica, su carta intestata di Servizio Pubblico/MMG, attestante la necessità di terapia farmacologica per problematiche legate al virus Covid-19 (solo per i richiedenti il Buono Spesa per cure mediche da Covid-19).

Sant'Agata de'Goti, lì ___/___/2021

Firma

**BUONI SPESA PER MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE IN FAVORE DI NUCLEI
RESIDENTI IN STATO DI BISOGNO A CAUSA DELL'EMERGENZA COVID-19.**

Informativa sul trattamento dei dati personali REG. UE N° 679/2016

Il Comune in qualità di titolare del trattamento, tratterà i dati personali conferiti con modalità cartacee, informatiche e telematiche, per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. In particolare, i dati saranno trattati al fine dell'erogazione dei buoni spesa comunali, in ottemperanza della normativa vigente in materia di aiuti alla popolazione nel periodo della pandemia legata al Covid19. 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 nonché dagli altri eventuali enti o soggetti coinvolti nella gestione.

Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento e/o al suo Responsabile della Protezione Dati Personali, l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e seguenti del RGPD).

Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno, altresì, il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante Privacy) secondo le procedure previste.

1. Dati di contatto del Titolare del trattamento: il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Sant'Agata de' Goti. Soggetto Responsabile Autorizzato al trattamento è il Responsabile dell'Area Amministrativa Dr. Dario Ciervo – email: ciervo.dario@comune.santagatadegoti.bn.it
2. Dati di contatto del Responsabile della Protezione Dati: il responsabile della protezione dei dati (DPO) può essere contattato all'indirizzo email: dpo-privacy@asfweb.it.
3. Finalità del trattamento e base giuridica: Il Comune di sant'Agata de' Goti in qualità di titolare del trattamento, tratterà i dati personali conferiti con modalità cartacee, informatiche e telematiche, per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. In particolare, i dati saranno trattati al fine dell'erogazione dei buoni spesa comunali, in ottemperanza della normativa vigente in materia di aiuti alla popolazione nel periodo della pandemia legata al Covid19. 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.
4. I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e dai collaboratori del titolare e potranno essere comunicati ai soggetti espressamente designati come responsabili del trattamento.
5. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea.
6. Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento e/o al DPO l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e seguenti del RGPD).
7. Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno, altresì, il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante Privacy) secondo le procedure previste.

Per presa visione e comprensione dell'informativa:

DATA _____/2021

FIRMA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Ai sensi del D.P.R. n. 445/2000)
DA COMPILARE IN CASO DI ISEE ZERO E MANCANZA DI ASSISTENZA DA PARTE DEI
SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE

Io sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ il _____, residente alla via
_____ n. ____

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITA'

che avendo un **ISEE ZERO E NON FRUENDO DI ASSISTENZA DA PARTE DEI SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE** faccio fronte alle spese del mio nucleo familiare mediante:

Sono consapevole che in caso di false dichiarazioni accertate dall'Amministrazione procedente verranno applicate le sanzioni previste e la decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera (articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000)

Letto confermato e sottoscritto il _____

IL DICHIARANTE

La presente dichiarazione è allegata alla domanda di Contributo Buoni Spesa Alimentare Comunale presentata dal/la Sig./ra _____