



**REGIONE CALABRIA  
DIPARTIMENTO LAVORO, FORMAZIONE, POLITICHE SOCIALI**

**PIANO AZIONE E COESIONE (PAC) CALABRIA 2014-2020**

**ASSE 10 – Inclusione sociale**

Obiettivo Specifico 9.1 “Riduzione della povertà, dell’esclusione sociale e promozione dell’innovazione sociale”

Linea di Azione 9.1.3 “Sostegno a persone in condizione di temporanea difficoltà economica”

**MISURA DI SOLIDARIETÀ CALABRIA**

**AVVISO PUBBLICO PER L’EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO E SOLIDARIETÀ  
IN FAVORE DI NUCLEI FAMILIARI IN DIFFICOLTÀ, ANCHE TEMPORANEA, DOVUTA  
ALL’EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19 DI CUI ALLA D.G.R. 44/2020 E D.D.  
N.6049 del 03.06.2020**



**AVVISO PUBBLICO  
per l’assegnazione dei buoni spesa**

**Modello di ISTANZA**

*(integrabile a cura del Comune in coerenza con il proprio Avviso)*

*Allegato 4.1*

**Comune di FAGNANO CASTELLO**  
**Servizi Sociali**

PEC: [affari\\_generali@pec.comune.fagnanocastello.cs.it](mailto:affari_generali@pec.comune.fagnanocastello.cs.it)

**Oggetto:** Misura di solidarietà Calabria - Erogazione di misure di sostegno e solidarietà in favore di nuclei familiari in difficoltà, anche temporanea, dovuta all'emergenza sanitaria da Covid-19 di cui alla DGR 44/2020 e D.D. n. 6049 del 03.06.2020 Avviso pubblico del Comune di Fagnano Castello approvato con GC N.21 DE L10.06.2020 - **Istanza per l'assegnazione dei buoni spesa.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
(luogo di nascita) (prov.) (data)  
Cod. Fisc.: \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
( \_\_\_\_\_ ) in \_\_\_\_\_ n. civ.  
(prov.) (indirizzo)

Recapiti:

Telefono fisso/mobile \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ PEC (facoltativa) \_\_\_\_\_

CHIEDE

L'assegnazione del buono spesa in oggetto e, a tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni false, mendaci e reticenti

DICHIARA

- ✓ che il nucleo familiare di appartenenza è costituito da n. \_\_\_\_\_ persone, di cui n. \_\_\_\_\_ a carico del dichiarante, tutti come identificati in tabella:

nr.	cognome e nome	luogo di nascita	data nascita	rapporto parentela dichiarante
1				
2				
3				
4				
5				
6				

7			
---	--	--	--

- ✓ che all'interno del nucleo familiare sono presenti n° \_\_\_\_\_ minori da 0 a 3 anni;
- ✓ che all'interno del nucleo familiare sono presenti n° \_\_\_\_\_ disabili;
- ✓ che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha presentato istanza per l'erogazione di misure analoghe presso altro Comune calabrese ovvero presso altro Comune italiano;
- ✓ che, a causa delle misure di distanziamento sociale imposte per il contenimento dell'epidemia da Covid-19, il sottoscritto (o altro componente il nucleo familiare) ha subito le seguenti conseguenze, aventi decisive ripercussioni, anche temporanee, sull'effettivo sostentamento del nucleo familiare, come sopra individuato *[barrare e descrivere]*:
  - perdita o riduzione del lavoro (licenziamento, mancato rinnovo di contratto a tempo determinato, riduzione delle ore lavorative) senza attivazione di ammortizzatori sociali ovvero con ammortizzatori insufficienti in relazione al fabbisogno familiare, SPECIFICARE:
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
  - sospensione temporanea dell'attività con partita IVA rientranti nei codici ATECO delle attività professionali, commerciali, produttive artigianali non consentite dal DPCM 22 marzo 2020 e successive integrazioni, SPECIFICARE:
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
  - impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali/stagionali o intermittenti a causa dell'obbligo di permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria o per effetto della contrazione delle chiamate, SPECIFICARE: \_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
  - altro, SPECIFICARE: \_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
   
\_\_\_\_\_
- ✓ di non avere percepito per il periodo di c.d. *lockdown* (09.03.2020 – 03.05.2020), alla presente data, a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, redditi, contributi o sussidi, comunque denominati; *[oppure]* di aver percepito alla presente data, per il periodo di c.d. *lockdown* (09.03.2020 – 03.05.2020), a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, redditi, contributi o sussidi, comunque denominati, entro il limite di complessivi 780 euro, per un importo pari a € \_\_\_\_\_ a titolo di \_\_\_\_\_
   
***[ipotesi di ammissione prioritaria]***
  
*[oppure]*
- ✓ di avere percepito alla presente data, relativamente al mese di \_\_\_\_\_ 2020, a nome proprio e di altro componente il nucleo familiare, redditi, contributi e/o sussidi, comunque denominati, nei limiti di 780,00 euro mensili e precisamente pari a € \_\_\_\_\_ a titolo di \_\_\_\_\_ ***[ipotesi di ammissione secondaria]***
  
*[oppure]*

- ✓ di non rientrare in alcuna delle due ipotesi precedenti [**ipotesi di ammissione residuale**] (se comunque in possesso dei requisiti generali, il richiedente potrà eventualmente beneficiare della misura, ma senza priorità, solo in via residuale ed in presenza di economie)

SI IMPEGNA

- ✓ all'utilizzo del buono spesa in conformità all'uso consentito per l'acquisto esclusivamente di generi alimentari, farmaceutici e di prima necessità secondo le modalità stabilite dal decreto regionale in oggetto e dall'Avviso pubblicato dal Comune di Fagnano Castello;
- ✓ A conservare e ad esibire in caso di controllo la **fattura recante codice fiscale del titolare del buono**, da richiedere agli esercizi commerciali convenzionati dopo ogni acquisto, fatta eccezione in caso di acquisto di farmaci, per i quali è previsto uno scontrino semplice, senza codice fiscale, accompagnato da liberatoria dell'acquirente, in l'acquisto avvenuto con tale modalità di pagamento non costituisce una spesa sanitaria detraibile ai sensi del TUIR.

**Alla presente allega:**

- ✓ **copia di un valido documento di identità e codice fiscale;**
- ✓ **Copia del Modello ISEE in corso di validità**
- ✓ \_\_\_\_\_

Il/la dichiarante autorizza altresì il Comune di Fagnano Castello al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attribuzione del beneficio in oggetto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Reg. EU 2016/679. Il dichiarante è informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14 GDPR n° 679/2016 e della normativa nazionale, che dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. È informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del beneficio indicato in oggetto e che un eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

Consapevole che le presenti dichiarazioni saranno oggetto di successive verifiche e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.), il/la sottoscritto/a si impegna, infine, a comunicare tempestivamente ogni variazione intervenuta relativamente alle dichiarazioni di cui alla presente istanza ed autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità relative al procedimento in oggetto.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

