



COMUNE DI SANT'ANGELO LE FRATTE

(Provincia di Potenza)

EMERGENZA SANITARIA LEGATA AL DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19 MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

Al Comune di Sant'Angelo Le Fratte

FONDO SOCIAL CARD COVID 19 - MISURA URGENTE DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE E PERSONE IN DIFFICOLTA' ECONOMICA - DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N.215 DEL 28/03/2020.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/____
codice fiscale _____
residente in _____
via _____, ____
recapito telefonico _____
cellulare _____
email _____

CHIEDE

di accedere al "Fondo social card Covid-19" approvato in data 27/03/2020 dalla Giunta Regionale della Basilicata, rivolta a famiglie e persone in difficoltà economica seguite dai servizi sociali comunali.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.I.C 445/2000, nei casi di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di Sant'Angelo le Fratte;
- a) per i cittadini appartenenti ad uno Stato dell'Unione Europea si dovrà dimostrare il possesso del documento di regolarità di soggiorno in corso di validità;
- b) per i cittadini non appartenenti a Paesi dell'Unione Europea necessita la dichiarazione attestante il possesso della carta di soggiorno ovvero permesso di soggiorno rilasciati ai sensi degli art. 5 e 9 del D.Lgs. n. 286 e s.m.i. del 25.07.1998, in corso di validità, o dichiarazione di avere presentato domanda di rinnovo con riserva di produzione del permesso ad avvenuto rilascio;
- di non avere alcuna forma di reddito dal 1° gennaio 2020 e fino alla data di richiesta di accesso al fondo;

- di non essere beneficiario di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà erogati da Enti Pubblici (reddito di cittadinanza, pensionati, reddito minimo di inserimento regionale, ex copes-Tis, misure decreto cura, LSU, etc);
- di avere nel proprio nucleo familiare almeno un minore di età non superiore ai 12 anni;
- di avere nel proprio nucleo familiare un componente con problemi di salute certificati;
- che il proprio nucleo familiare è composto da n. ____ componenti, conformemente a quanto risultante dallo stato di famiglia;
- che nessun altro dei predetti componenti del proprio nucleo familiare ha presentato domanda per la medesima finalità;
- di impegnarsi ad utilizzare il contributo per l'acquisto di beni e servizi di prima necessità, a titolo esemplificativo: beni alimentari di vario genere, prodotti per l'igiene personale, farmaci non rimborsabili dal Servizio Sanitario Nazionale prescritti dal medico di base e/o dallo specialista, e farmaci da banco, bollette utenze domestiche;
- di essere a conoscenza che il Comune verificherà la veridicità delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio e delle certificazioni contenute nella domanda di contributo. Qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l'attivazione delle necessarie procedure di legge, il Comune adotterà ogni misura utile a sospendere e/o revocare o chiedere il rimborso dei benefici concessi.
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento 2016/679/UE (GDPR), del Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101 di adeguamento del D. Lgs. 196/2003.

Si allega copia documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____

IL/LA DICHIARANTE

N.B.: La richiesta dovrà pervenire al Comune in uno dei seguenti modi:

- Email: ufficio.servizisociali@comune.santangelolefratte.pz.it
- Pec Comune: comune.santangelolefratte@cert.ruparbasilicata.it;
- Consegna in presenza al protocollo del Comune
- Consegna in presenza all'ufficio servizi sociali nei giorni mercoledì e venerdì dalle ore 9:30 alle ore 12:30.

utilizzando unicamente il modello predisposto dall' Ente e scaricabile direttamente dal sito del Comune all'indirizzo: www.comune.santangelolefratte.pz.it