
MODULO DI RICHIESTA

Misure urgenti di solidarietà alimentare – dicembre 2020

La/Il sottoscritta/o

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ e residente a CORTENUOVA

in Via/piazza _____ - CAP. 24050 – Provincia di Bergamo

cod. fisc. _____ recapito telefonico _____

eventuale indirizzo e-mail _____

RICHIEDE

di poter usufruire, come previsto dall'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 658 del 29/03/2020 – Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'Emergenza COVID-19, di boni spesa, di valore variabile, finalizzati alla riduzione del costo sostenuto dai nuclei famigliari per l'acquisto di genere alimentari, spendibili presso un esercizio commerciale di generi alimentari convenzionato con il Comune per la specifica misura e iscritto nell'apposito albo pubblicato sul sito istituzionale;

A tal fine, avvalendosi della facoltà concessa degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

DICHIARA

1) Dichiaro che la spesa verrà effettuata presso i negozi di Cortenuova convenzionati.

2) Di possedere almeno una delle seguenti condizioni (barrare):

- Licenziamento con perdita del lavoro non coperta da ammortizzatori sociali;
- Mobilità;
- cassa integrazione;
- riduzione del lavoro non coperta da ammortizzatori sociali;
- sospensione attività di lavoro autonomo non coperta da ammortizzatori sociali (600 Euro mensili partite iva);
- cessazione o riduzione di attività professionale o di impresa;
- disoccupazione;

- mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici;
- accordi aziendali e/o sindacali con riduzione dell'orario di lavoro;
- malattia grave o decesso di un componente del nucleo familiare sostentatore del nucleo familiare;
- incremento di spese certificate sostenute dal nucleo familiare per l'acquisto di farmaci, per garantire interventi socio-assistenziali o per il pagamento di spese socio-sanitarie o funerarie;
- attivazione di servizi a pagamento per l'assistenza al domicilio di persone fragili che non hanno potuto frequentare centri diurni per anziani, disabili o progetti personalizzati domiciliari di cui fruivano;
- nuclei che si trovano conti correnti congelati e/o nella non disponibilità temporanea (ad esempio a causa di decesso del coniuge, etc);
- over 65 con la sola pensione minima, o in assenza di pensione, e senza forme di deposito mobiliare (titoli, obbligazioni, etc);
- nuclei monoreddito con disabili in situazione di fragilità economica;
- altro stato di necessità da dichiarare_____.

N.B. il richiedente se richiesto in sede di controllo dovrà produrre documentazione/dichiarazioni per attestare il possesso delle condizioni dichiarate

3) che il proprio nucleo familiare, così come da iscrizione al registro anagrafico della popolazione residente, è composto da n. _____ persone come segue:

Cognome	Nome	Data nascita	professione

4) che il nucleo familiare possiede i seguenti automezzi:

n.	Autovettura/moto/autocarro (marca...modello)	Targa	Kw

5) che i dati relativi al proprio alloggio sono i seguenti:

mq	
Affitto: canone mensile €	
Mutuo: rata mensile €	

6) di non possedere altri immobili dati in locazione.

7) Che il reddito del nucleo familiare in questo periodo è costituito da

Da lavoro dipendente	Importo netto mensile
Da lavori occasionali	Importo netto mensile
Da lavoro autonomo/professionale	Importo netto mensile

Da pensione	Importo netto mensile
Da reddito di cittadinanza	
Da cassa integrazione/	
Da NASpl indennità mensile di disoccupazione	
Carta acquisti famiglia ed altri sostegni erogati dall'INPS (disoccupazione, nucleo familiare numeroso ect.)	

8) che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ minori di età compresa tra 0 e 3 anni.

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 679/16 (GDPR)

Ai sensi del GDPR, recante disposizioni per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, La informiamo di quanto segue:

- i suoi dati personali sono raccolti e trattati esclusivamente per l'erogazione della presente misura;
- il trattamento è effettuato dal Comune mediante propri soggetti interni autorizzati o responsabili esterni del trattamento appositamente nominati;
- il trattamento dei dati personali forniti è obbligatorio ai fini dell'erogazione della presente misura. Il rifiuto a fornire i dati richiesti ha come conseguenza l'impossibilità ad accedervi;
- il trattamento dei dati è effettuato con mezzi cartacei e informatici. Sono adottate misure tecniche ed organizzative, ai sensi dell'art. 32 del GDPR, adeguate a garantire la protezione, la sicurezza e l'integrità dei propri dati personali. Non è previsto il trasferimento di dati in Paesi terzi extra UE. Non si ricorre a profilazione o ad altre forme di trattamento interamente automatizzato dei dati;
- l'interessato può richiedere l'accesso ai propri dati personali ed esercitare gli altri diritti di cui agli artt. da 15 a 22 del GDPR e può ottenere l'informativa completa sul trattamento dei dati personali accedendo al sito del Comune.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso atto dell'informativa sul trattamento dei dati personali che lo/la riguardano, e che il trattamento dei dati è obbligatorio per conseguire gli scopi per i quali è posto in essere, ovvero l'erogazione della misura.

Luogo e dataIl Dichiarante

A CURA DEI SERVIZI SOCIALI DEL COMUNE		
<input type="checkbox"/> RICHIESTA ACCETTATA	<input type="checkbox"/> RICHIESTA NON ACCETTATA	<input type="checkbox"/> RICHIESTA SOSPESA PER INTEGRAZIONE DATI
IMPORTO DEL BUONO <input type="checkbox"/> € _____		
FIRMA IL FUNZIONARIO _____		