



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**



Comune di Sant'Agata di Militello

Città Metropolitana di Messina

**COMUNICAZIONE CONFERMA/VARIAZIONI ISTANZA DI ACCESSO AD INTERVENTO SOCIO-ASSISTENZIALE
 E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47 del D.P.R. 445/2000)

AI COMUNE di SANT'AGATA DI MILITELLO

Il sottoscritto/a _____,

nato/a a _____, il _____, residente a _____,

Via _____,

Codice Fiscale _____, Tel/Cell _____,

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

- aver richiesto nel mese di _____ i BUONI SPESA/VOUCHER per l'acquisto di BENI DI PRIMA NECESSITA' (ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE, 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;
- che non è intervenuta modifica relativamente al possesso dei requisiti dichiarati nella predetta istanza.*
- che è intervenuta la seguente modifica relativamente al possesso dei requisiti dichiarati nella predetta istanza.*
- peggiorativa
- migliorativa

n.	Cognome e nome	Codice fiscale	Luogo e data di nascita	Parentela	Tipologia di beneficio	Importo nel mese
1						
2						
3						
4						
...						

**** BARRARE LA CASELLA DI INTERESSE**

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 a cura dell'Amministrazione Regionale e, consapevole delle più generali finalità di utilizzo delle risorse del FSE, dichiara espressamente di conoscere ed accettare quanto previsto alla voce **"Impegni" dell'Avviso pubblico emanato dal Comune**

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 per il mese di _____ di BUONI SPESA/VOUCHER per l'acquisto di BENI DI PRIMA NECESSITA' (ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE, 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 e che, qualora le risorse finanziarie rese disponibili grazie al D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 non saranno sufficienti a soddisfare tutte le richieste formulate i parametri economici di riferimento saranno ridotti proporzionalmente a tutti i nuclei familiari aventi diritto inseriti nell'elenco mensile.

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.

Il dichiarante assume l'obbligo di comunicare ogni eventuale modifica, peggiorativa o migliorativa, che interverrà relativamente al possesso dei requisiti prima dichiarati.

Liberatoria per il trattamento dei dati personali

➤ Il/la sottoscritto/a..... dichiara di avere preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati fornita dal Titolare ed autorizza il trattamento delle informazioni contenute nella presente domanda ai sensi del D.lgs. 196/03 e del Regolamento UE 2016/679 GDPR.

Luogo e data,

FIRMA

.....

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

Intervento finanziato dalla Regione Sicilia con Fondi PO FSE SICILIA 2014/2020 - Asse II "Inclusione Sociale e lotta alla povertà", OT 9, Priorità di investimento 9.i, Obiettivi specifico 9.1, Azione 9.1.3