



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO  
**SICILIA 2020**  
 PROGRAMMA OPERATIVO



**MODELLO "A" PERIODO DI RIFERIMENTO dall'1 al 30 settembre 2020**

**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**

**ISTANZA DI ACCESSO AD INTERVENTO SOCIO-ASSISTENZIALE  
 E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
*(art. 47 del D.P.R. 445/2000)*

**AL COMUNE di BROLO**

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritto/a Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
 nato/a a : \_\_\_\_\_ ( ) il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 residente a Brolo (Me) in via: \_\_\_\_\_ n° : \_\_\_\_\_  
 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**

che il sottoscritto e ciascuno dei componenti il proprio nucleo familiare si trovano nelle condizioni degli aventi diritto secondo quanto previsto nell'Avviso del 07/12/2020 del Comune di Brolo (Me), relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente di:

- essere residente nel Comune di Brolo (Me);
- *(contrassegnare le lettere d'interesse nel seguente prospetto)*

<b>A</b>	non percepire alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere;
<b>B</b>	non essere destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominata (indicativamente: Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione, ecc.);
<b>C</b>	<i>(in alternativa al punto B)</i> essere destinatario a valere su precedenti forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, ovvero di buoni spesa/voucher erogati ad altro titolo per emergenza COVID-19, per un importo pari a € _____; di essere destinatario di Reddito di cittadinanza per un importo pari ad € _____(mensile); di essere destinatario di REI per un importo pari ad € _____(mensile); di essere destinatario di NASPI per un importo pari ad € _____(mensile); di essere destinatario di CIG per un importo pari ad € _____(mensile); di essere destinatario di pensione cat. _____per un importo pari ad € _____(mensile); _____ per un importo pari ad € _____



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO  
**SICILIA 2020**  
 PROGRAMMA OPERATIVO



**MODELLO "B" PERIODO DI RIFERIMENTO dall'1 al 30 settembre 2020**

**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**

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

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

**AL COMUNE di BROLO**

\_\_\_|\_\_\_ sottoscritto/a Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

nato/a a : \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a Brolo (Me) in via: \_\_\_\_\_ n°: \_\_\_\_\_

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**

di essere già incluso nell'elenco dei beneficiari dei Buoni spesa/voucher per l'acquisto di beni di prima necessità (alimenti, prodotti farmaceutici, prodotti per l'igiene personale, bombole del gas, dispositivi di protezione individuale, pasti pronti, ) 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 nel periodo di riferimento **-dall'1 al 30 settembre 2020-** **NON è intervenuta** alcuna modifica relativamente al possesso dei requisiti dichiarati nella precedente istanza di ammissione al beneficio di cui trattasi.

che nel periodo di riferimento **-dall'1 al 30 settembre 2020-** **E' intervenuta** la seguente modifica relativamente al possesso dei requisiti dichiarati nella predetta istanza. peggiorativa (indicare tipologia e quantificazione dei cambiamenti economici) migliorativa (indicare tipologia e quantificazione dei cambiamenti economici).

### Composizione nucleo familiare:

	Cognome e nome	Codice fiscale	Luogo e data di nascita	Parentela Intestatari	Tipologia del beneficio	IMPORTO
1						
2						
3						
4						
5						

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.

Consapevole che la presente istanza non costituisce diritto all'ottenimento dei beni richiesti quale sostegno per lo stato emergenziale attuale,

### **CHIEDE**

l'erogazione di buoni spesa/voucher per l'acquisto di beni di prima necessità (alimenti, prodotti farmaceutici, prodotti per l'igiene personale e domestica, bombole del gas, dispositivi di protezione individuale, pasti pronti.) 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.

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

Autorizza il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i., nonché alle Amministrazione competenti, per la verifica delle autocertificazioni.

Brolo li \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

N.B. A PENA DI INAMMISSIBILITA', E' NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE

**AVVERTENZE:**

Non saranno prese in considerazione le istanze dei nuclei familiari le cui forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, ovvero di buoni spesa/voucher erogati ad altro titolo per emergenza COVID-19, superano i seguenti parametri economici:

- 300,00 € per un nucleo composto da una sola persona;
- 400,00 € per un nucleo composto da due persone;
- 600,00 € per un nucleo composto da tre persone;
- 700,00 € per un nucleo composto da quattro persone;
- 800,00 € per un nucleo composto da cinque o più persone.

Le risorse sono destinate "prioritariamente ai nuclei familiari che non percepiscono alcuna altra forma di reddito o alcuna altra forma di assistenza economica da parte dello Stato, compresi ammortizzatori sociali e reddito di cittadinanza", di cui alle precedenti lettere A e B.

- che il nucleo familiare del richiedente è composto come di seguito:

N.	Cognome e nome	Codice fiscale	Luogo e data di nascita	Residenza	Parentela
1					
2					
3					
4					
5					
6					

- tra i componenti del nucleo familiare , individua quelli indicati ai precedenti punti n. ....quali soggetti portatori di handicap grave ai sensi della legge 104 art 3 comma 3.
- 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 successivamente a cura dell'Amministrazione Regionale.

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**

per il  **mese di settembre 2020** l'erogazione 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 sm.i. e dal D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 del Dipartimento Regionale 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.

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.

Autorizza il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché alle Amministrazione competenti per la verifica delle autocertificazioni.

**Brolo**.....

**FIRMA**

.....

**N.B.: A PENA DI INAMMISSIBILITA', E' NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE**