

AI COMUNE DI BERCHIDDA
Ufficio Servizio Sociale
Piazza del Popolo, n. 5
07022 Berchidda

OGGETTO: MISURE URGENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
C.F. _____ residente a _____
in Via _____ N° _____ Telefono (obbligatorio) _____
Email (facoltativo) _____

CHIEDE

di essere ammesso all'intervento "MISURE URGENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE" per l'acquisto di beni di prima necessità, a tal fine, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi degli articoli 76 e 77 del D.P.R. 445/200:

DICHIARA

- Di aver preso visione dell'Avviso pubblico;
- Di trovarsi tra i nuclei familiari più esposti agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e pertanto in stato di bisogno;
- Di ritrovarsi in una delle seguenti priorità di intervento:
- PRIORITA' 1:** Nuclei familiari in cui **nessun componente** sia percettore di reddito da lavoro, pensione, RDC, REIS, NASPI, indennità di accompagnamento o mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale. Non percettori di qualsivoglia entrate patrimoniali private (provenienti da locazione di immobili, da investimenti mobiliari patrimoniali ecc.
- PRIORITA' 2:** Nuclei familiari in cui seppur si continui a percepire redditi, questi siano fortemente ridotti a causa della situazione epidemiologica.
- PRIORITA' 3:** Nuclei familiari che già usufruiscono di interventi di integrazione al reddito al giorno di presentazione della domanda (REIS-Reddito/Pensione di Cittadinanza-NASPI). Questa fascia di utenza potrà accedere al beneficio solo nel caso in cui vi fossero economie, dopo aver soddisfatto le priorità precedenti, e successivamente a pubblicazione di specifico avviso.

- Che il proprio nucleo familiare è composto da n° ____ componenti;
- Di non trovarsi in una delle cause di esclusione di cui all'art. 4 dell'avviso, il quale viene di seguito integralmente riportato:

Sono esclusi dall'erogazione del Buono Solidale i nuclei che, durante il periodo emergenziale, continuano a percepire redditi sufficienti a garantire le esigenze alimentari e, nello specifico, i nuclei familiari percettori di reddito mensile, comprensivo di qualsivoglia entrata, superiore a:

N. COMPONENTI	IMPORTO MENSILE
1	€ 500,00
2	€ 600,00
3	€ 700,00
4	€ 800,00
5 e +	€ 900,00

Si ricorda che il contributo di solidarietà alimentare è previsto esclusivamente per nuclei che hanno difficoltà nell'acquisto dei beni primari, pertanto si rimanda al senso civico delle persone affinché usufruisca del beneficio solo chi davvero ha necessità e fino ad esaurimento delle risorse economiche disponibili.

Sarà comunque cura dell'Operatore Sociale valutare eventuali situazioni di svantaggio economico/sociale particolare non sopra elencato.

Si allega: Copia di documento di identità

Berchidda, ____/____/ 2020

Firma _____

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati– Regolamento UE2016/679 del Parlamento Europeo del Consiglio del 27 aprile2016.

Berchidda, li ____/____/ 2020

firma per accettazione
