



Comune di Barrafranca

Libero Consorzio Comunale di Enna

Settore 3° Servizi alla Persona
Uffici: P.zza f.lli Messina – tel: 093419023803
e-mail: a.schiro@comune.barrafranca.en.it

**EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID-19
A VALERE SUL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE
DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI INTERNI
DIREZIONE CENTRALE FINANZA LOCALE**

**ISTANZA DI ACCESSO E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
D.P.R. 445/2000**

Al Responsabile del 3° Settore – Servizi alla Persona

COMUNE DI BARRAFRANCA

Il sottoscritto _____, nato 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,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

che il sottoscritto e ciascuno dei componenti il proprio nucleo familiare si trovano nelle condizioni degli aventi diritto secondo quanto previsto nell'Avviso pubblico che si approva con deliberazione della Commissione Straordinaria con i poteri della Giunta Comunale, relativo alle misure per l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e precisamente di:

- essere residente nel Comune di Barrafranca;
- (contrassegnare le lettere di interesse nel seguente prospetto).

| | |
|----|---|
| A) | Non percepire alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere; |
| 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, Cantieri di Servizi); |
| C) | (in alternativa al punto B) 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 € _____. |

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:



Comune di Barrafranca

Libero Consorzio Comunale di Enna

Settore 3° Servizi alla Persona

Uffici: P.zza f.lli Messina – tel: 093419023803

e-mail: a.schiro@comune.barrafranca.en.it

- € 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 di nascita | Residenza | Parentela |
|----|----------------|----------------|------------------|-----------|-----------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |

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

Consapevole che l'utilizzo dei buoni spesa/voucher per acquisti non conformi alle misure di sostegno emergenziali comporterà la decadenza del diritto al 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.to Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché alle Amministrazioni competenti per la verifica della autocertificazioni.

Luogo e data _____

FIRMA

A PENA DI INAMMISSIBILITA' E' NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL DICHIARANTE.