



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 E S.M.I.  
 CIP: 2014.IT.05.SFOP.014/2/9.1/7.1.1/0306 - CUP: H79D20000000002**

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

*Al Sindaco  
 del Comune di Altavilla Milicia  
 Via Loreto n. 60*  
 e-mail: [protocollo@altavillamilicia.eu](mailto:protocollo@altavillamilicia.eu)  
 PEC: [info@pec.altavillamilicia.eu](mailto:info@pec.altavillamilicia.eu)

Il/La sottoscritto/a ,

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

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

residente in Altavilla Milicia (PA) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_

nuovo richiedente  precedente assegnatario beneficio spesa/voucher

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 Regionale 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 09 Luglio 2020** del Comune di Altavilla Milicia (PA), relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente di:

- essere residente nel Comune di Altavilla Milicia (PA);
- (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.);
<i>(in alternativa al punto B)</i>	
<b>C</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 ad € .....(specificare l'importo)

**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 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**

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, utenze domestiche di luce e gas, canoni di locazione di prima abitazione, limitatamente alle superfici abitative),**

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 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.

Allega il modello *“Allegato n. 01 alla domanda buoni spesa DDG 304/2020”*, recante informazioni utili ai fini della valutazione del disagio socioeconomico dell'intero nucleo familiare.

*Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Comune ogni variazione, anche derivante dalla mutata composizione familiare, delle condizioni di reddito e di patrimonio, dichiarate al momento della presentazione della domanda.*

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

Altavilla Milicia, .....

**FIRMA**

.....

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

**ALLEGATO N. 1**  
**alla Domanda buoni spesa DDG 304/2020**



**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 E SS.MM.II.**  
**CIP: 2014.IT.05.SFOP.014/2/9.1/7.1.1/0306 - CUP: H79D2000000002**

**INFORMAZIONI DETTAGLIATE ALLEGATE**  
**ALL'ISTANZA D'INTERVENTO SOCIO ASSISTENZIALE**  
**ACCESSO A BUONI SPESA PER STATO DI NECESSITÀ**  
**per emergenza epidemiologica COVID-19**

*la compilazione del presente allegato sarà utile ai fini della valutazione del disagio socioeconomico dell'intero nucleo familiare*

**Intestatarario della scheda anagrafica**

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in Altavilla Milicia, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

a seguito di provvedimenti governativi per la prevenzione e il contrasto dell'epidemia da COVID-19, ha sospeso la propria attività di impresa/attività professionale/lav.autonomo o lav.dipendente:  
specificare il settore (a titolo d'esempio: edilizia, alimentari, turistico/alberghiero/ristorazione, centri sportivi/palestre, centri estetici/parrucchiere, rivendita tabacchi e monopoli, bar, lavanderie, abbigliamento, settore tessile, altro) .....

non ha percepito/non percepisce, pertanto, alcuna entrata da lavoro;

nessun componente del proprio nucleo familiare percepisce o ha percepito forme di sostegno economico pubblico con esclusione di indennità di accompagnamento/inv.civile, per un importo mensile/annuo/una tantum di € ..... a partire dal mese di febbraio 2020, come:

- |  |                             |                             |         |           |          |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---------|-----------|----------|
| <input type="checkbox"/> Reddito d'inclusione (REI) mensile              | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì | € ..... | percepiti | il ..... |
| <input type="checkbox"/> Reddito di cittadinanza (RdC) mensile           | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì | € ..... | percepiti | il ..... |
| <input type="checkbox"/> NASPI (Indennità mensile disoccupazione)        | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì | € ..... | percepiti | il ..... |
| <input type="checkbox"/> Indennità di Mobilità                           | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì | € ..... | percepiti | il ..... |
| <input type="checkbox"/> Cassa integrazione                              | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì | € ..... | percepiti | il ..... |
| <input type="checkbox"/> Pensione  | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì | € ..... | percepiti | il ..... |
| <input type="checkbox"/> Pensione d'invalidità                           | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì | € ..... | percepiti | il ..... |
| <input type="checkbox"/> Indennità INPS/INAIL                            | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì | € ..... | percepiti | il ..... |
| <input type="checkbox"/> Bonus P/IVA 600 euro                            | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì | € ..... | percepiti | il ..... |
| <input type="checkbox"/> buoni spesa ex ocdpc n. 658/2020                | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì | € ..... | percepiti | il ..... |
| <input type="checkbox"/> Contributi erogati da comune a qualsiasi titolo | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> sì | € ..... | percepiti | il ..... |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____                       |                             |                             |         |           |          |

ovvero ha fatto domanda di RdC (reddito o pensione cittadinanza) in data .....

ovvero ha fatto domanda di RdE (reddito di emergenza) in data .....

■ il dichiarante riceve aiuti dai altri Enti/Associazioni

sì -specificare quali \_\_\_\_\_

no

■ il dichiarante svolgeva attività occasionali

sì - fino al \_\_\_\_\_ con la mansione di \_\_\_\_\_

no

■ altri componenti del nucleo svolgevano attività occasionali

sì - fino al \_\_\_\_\_ con la mansione di \_\_\_\_\_

no

■ la situazione lavorativa/reddituale per i componenti è la seguente:

Occupato in qualità di \_\_\_\_\_ presso la Ditta \_\_\_\_\_

Occupato in qualità di \_\_\_\_\_ presso la Ditta \_\_\_\_\_

Occupato in qualità di \_\_\_\_\_ presso la Ditta \_\_\_\_\_

Occupato in qualità di \_\_\_\_\_ presso la Ditta \_\_\_\_\_

di aver subito una riduzione delle ore lavorative/del reddito da lavoro causa emergenza sanitaria da coronavirus (rientra anche la sospensione dei tirocini formativi);

di aver subito una riduzione delle ore lavorative/del reddito da lavoro causa chiusura/sospensione attività autonoma determinata da emergenza coronavirus;

di essere inoccupato/disoccupato dal \_\_\_\_\_

di aver percepito nei mesi precedenti la cessazione del rapporto di lavoro una retribuzione netta mensile di

€ \_\_\_\_\_

di essere in cassa integrazione ordinaria/in deroga a causa dell'emergenza COVID-19 per € \_\_\_\_\_ mensili

di possedere un patrimonio mobiliare (conto corrente, fondi, azioni ecc..) di € \_\_\_\_\_ circa;

di percepire un assegno mensile di mantenimento (separazione) pari a € \_\_\_\_\_;

■ il reddito da lavoro percepito dall'intero nucleo nell'anno 2019 è stato di €..... e nell'anno 2020 fino ad oggi è pari ad € .....

■ i componenti del nucleo sono titolari di disponibilità liquide bancarie/postali, depositi o titoli facilmente disinvestibili

alla data del 31 marzo 2020 per un importo di € .....

alla data del 30 aprile 2020 per un importo di € .....

alla data odierna..... per un importo di € .....

■ nel proprio nucleo familiare sono presenti:

n. \_\_\_\_\_ soggetti di età inferiore ai 18 anni;

n. \_\_\_\_\_ soggetti inv. civili/portatori di handicap

n. \_\_\_\_\_ soggetti di età maggiore di 65 anni

■ nessun componente del nucleo si trova alloggiato presso strutture residenziali, comunità alloggio, con retta a carico di Ente Pubblico;

■ la propria abitazione è  di proprietà;  di pagare un mutuo di €.....;  in locazione con canone mensile di € .....  Casa Popolare con canone mensile € .....;  in comodato d'uso gratuito;

Allega i seguenti documenti:

- Attestazione ISEE in corso di validità;
- altri documenti utili, atti a comprovare particolari condizioni di disagio;
- altro \_\_\_\_\_

*Il/la sottoscritto/a s'impegna a comunicare tempestivamente al Comune ogni variazione, anche derivante dalla mutata composizione familiare, delle condizioni di reddito e di patrimonio, dichiarate al momento della presentazione della domanda.*