MODELLO BENEFICIARI-Social Card

Al Comune di ALIANO
Ufficio Servizi Sociali

Emergenza epidemologica da COVID 19 - Social Card Regione Basilicata.

Il/La sottoscritt_ Cognome_____Nome_____

nat__a_____il_____

residente in_____ _____ Via_____n_____

Codice Fiscale_____ _____ Cittadinanza_____

Recapito telefonico_____E – mail/PEC_____

VISTO l'Avviso approvato con deliberazione di G.C. n.138/2020,

C H I E D E

DI ESSERE INSERITO NELLA PLATEA DEI SOGGETTI POTENZIALMENTE BENEFICIARI delle misure di sostegno alle famiglie di cui alla D.G.R. n.215 del 27.03.2020 e della D.G.R. n.325 del 15/05/2020

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt.46 e 47 D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, nei casi di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- **di aver preso visione dell'avviso e di essere a conoscenza delle norme in esso contenute e nella D.G.R. n.215 del 27.03.2020**
- **di essere residente nel Comune di Aliano**
- **di non avere alcuna forma di reddito almeno dal 1° gennaio 2020 e fino alla data di richiesta di accesso al fondo;**
- **di non essere beneficiari di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà erogati da Enti Pubblici: (Pensioni di invalidità civile, cecità, sordomutismo; Pensione Sociale o assegno sociale; Pensioni estere; Pensione di guerra o reversibilità di guerra; Indennità di accompagnamento; Indennità di disoccupazione; Rendita Inail per invalidità permanente o morte; Rendite infortunistiche INAIL che costituiscono erogazione a carattere risarcitorio; Rendite infortunistiche estere che costituiscono erogazione a carattere risarcitorio; Assegno per il nucleo familiare numeroso; Assegno di maternità; Assegno di cura; Contributi Nefropatici e Talassemici; Contributi figli naturali e affidi familiari, ed altri ….)**
- **che il proprio nucleo familiare (come da stato di famiglia in data odierna) è composto da n.____ di cui minori n._____**
- **che nessun altro dei componenti del proprio nucleo familiare ha presentato domanda per la medesima finalità**
- **che nessuno del nucleo familiare ha beneficiato di altre forme di contributo (quali buoni spesa da ordinanza 658 Protezione Civile/social card/contributo comunale), precedentemente erogati per l'emergenza sanitaria Covid 19.**
- **di non percepire forme di inclusione al reddito o altro (reddito di cittadinanza, pensionati, reddito minimo di inserimento regionale, ex copes- Tis, misure decreto cura, LSU, etc)**
- **la necessità del bisogno è la seguente** _____

_____

_____.-

DICHIARA INOLTRE

- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ente eventuali variazioni rispetto alle condizioni dichiarate per l'erogazione del contributo.
- di essere a conoscenza del fatto che il Comune di Aliano potrà effettuare controlli per la verifica delle autocertificazioni presentate e, nei casi di dichiarazioni false rilasciate al fine di ottenere indebitamente il beneficio del contributo, il richiedente decadrà immediatamente dallo stesso e potrà incorrere nelle sanzioni del codice penale e dalle leggi specifiche in materia;
- di essere stato informato, ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 e del regolamento (Ue) 2016/679, sulle finalità di utilizzo e sulle modalità di gestione dei dati conferiti con la presente istanza, i quali saranno oggetto di trattamento da parte del Comune di Aliano secondo la normativa vigente in materia ed esclusivamente utilizzati ai fini dell'attività amministrativa.

ALLEGA: Fotocopia del documento d'identità in corso di validità del richiedente.

Aliano, _____

IL /LA DICHIARANTE

_____