

Spett/le

Comune di Atripalda

Oggetto: “Misure urgenti di solidarietà alimentare” di cui all’articolo 2 del decreto legge 23 novembre 2020 n. 154.

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. ____ Il ____ / ____ / ____ C.F. _____

residente in questo Comune in via _____ n. _____

Tel./cellulare _____ e-mail _____

Visti:

l’articolo 2 del decreto legge 23 novembre 2020 n. 154;

l’Ordinanza n. 658 del 29/03/2020 in relazione alle misure urgenti di solidarietà alimentare;

l’avviso pubblico del Comune di Atripalda prot. n. ____ del 15/12/2020 relativo alla erogazione di buoni spesa

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio delle misure previste dal citato avviso pubblico.

A tal fine

DICHIARA

(ai sensi dell’art. 47 – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

di essere residente nel Comune di Atripalda

Che la composizione del proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è la seguente:

N.	Nome	Cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela con il dichiarante
1					
2					
3					
4					
5					



6					
7					
8					
9					

di essere privo/a di reddito a causa degli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid 19

di aver subito una riduzione della capacità reddituale del nucleo familiare e del fatturato almeno del 40% a causa dell'emergenza epidemiologica da virus Covid 19 per chiusura, sospensione o riduzione dell'attività lavorativa, mancato rinnovo di contratto a termine e lavoro atipico, sospensione di attività di libero professionista, ecc.;

di appartenere ad un nucleo familiare particolarmente esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e di essere in stato di bisogno, in quanto:

[illustrare sinteticamente le ragioni dello stato di bisogno]

che all'interno del proprio nucleo familiare, nessun membro ha percepito, per il mese di Novembre 2020, redditi derivanti da lavoro dipendente, lavoro autonomo, redditi d'impresa, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, rendita Inail, ammortizzatori sociali e/o altre forme di sostegno pubblico, superiori alla soglia di reddito mensile pari ad € 600,00 e che hanno percepito i seguenti redditi da lavoro o pensione:

(indicare l'importo dei redditi da lavoro o pensione percepiti dai componenti del nucleo familiare nel mese di Novembre 2020)

N.	Nome	Cognome	Importo
1			
2			
3			
4			
5			
6			



7			
8			
9			

di non essere beneficiario della misura reddito e/o pensione di cittadinanza superiore a € 300,00 mensili;

di non essere beneficiario della misura reddito di emergenza nel 2020 e/o di altre indennità emergenziali riconosciute ai lavoratori danneggiati dall'emergenza epidemiologica da COVID-19 (a titolo esemplificativo lavoratori autonomi iscritti alle gestioni speciali dell'AGO; liberi professionisti titolari di partita IVA, iscritti alla Gestione separata; lavoratori titolari di rapporti di collaborazione coordinata e continuativa, iscritti alla Gestione separata ecc.);

che all'interno del proprio nucleo familiare non vi sono titolari, al momento della presentazione della domanda, di pensione diretta o indiretta, ad eccezione dell'assegno ordinario di invalidità e della pensione sociale minima;

che nessun componente del Nucleo Familiare è proprietario di unità immobiliare ulteriori rispetto alla prima casa e relative pertinenze, che attualmente sia fonte di reddito;

che nessun componente del Nucleo Familiare è titolare di rendite ovvero di depositi bancari e/o postali superiori a € 3.000,00;

che nessun componente del nucleo familiare è assegnatario di misure di sostegno pubblico (Reddito di Cittadinanza, Pensione di Cittadinanza, Reddito di Emergenza, Rei, Naspi, Indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, Rendita INAIL, ammortizzatori sociali, altre forme di sostegno finanziato con fondi pubblici);

oppure

Che il sottoscritto o altro componente del nucleo familiare è già assegnatario di sostegno pubblico:

(indicare beneficiario, tipologia beneficio pubblico e somma mensile fruita nel mese di Novembre 2020)

N.	Nome	Cognome	Tipologia di sostegno	Importo
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

8				
9				

Di essere a conoscenza:

- che potrà presentare istanza un solo componente per tutto il nucleo familiare convivente: per il calcolo dei componenti del nucleo familiare farà fede esclusivamente il dato dell'anagrafe comunale;
- che potranno presentare istanza anche i beneficiari delle precedenti misure di sostegno alimentare che si trovino in possesso dei requisiti previsti dalla Deliberazione di Giunta Comunale n. 150 del 14/12/2020;
- che eventuali dichiarazioni mendaci saranno comunicate alle Autorità Giudiziarie competenti prevedendo, altresì, la restituzione dell'importo percepito indebitamente;
- che i buoni spesa che verranno concessi potranno essere utilizzati esclusivamente presso gli esercizi commerciali situati nel territorio del Comune di Atripalda e convenzionati con il Comune di Atripalda entro il 31/01/2020;

Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà automatico diritto all'accesso al beneficio richiesto. I dati richiesti sono necessari ai fini di dar seguito ad idonea istruttoria da parte dei competenti uffici, finalizzata all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al fondo di solidarietà alimentare.

Atripalda, li __/__/____

Firma

Allega fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità e codice fiscale.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi del Regolamento UE n° 679/2016)

Il Comune di Atripalda (con sede in Piazza Municipio n. 3 Atripalda (AV) Cap. 83042; Email: atripalda@comune.atripalda.av.it; PEC: comune.atripalda@legalmail.it; tel. 0825615300, in qualità di titolare del trattamento, tratterà i dati personali con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dalle disposizioni del Ordinanza del capo Dipartimento della protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici, e nell'ambito del progetto sociale in epigrafe indicato.

Il conferimento dei dati è obbligatorio. L'eventuale mancato conferimento potrebbe comportare la mancata istruttoria della pratica e la mancata concessione dei benefici previsti.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori del titolare, e dal contitolare - laddove indicato - e dai soggetti (imprese e altri operatori) espressamente designati come responsabili del trattamento. I dati personali potrebbero formare oggetto di comunicazione ai soggetti che esercitano il diritto di accesso attribuito dalla L. 241/90, all'ASL, alla Regione Campania, agli Organi Sovracomunali (per comunicare l'evoluzione della situazione, i controlli e le verifiche periodiche, il monitoraggio dell'attività) ovvero ad altri soggetti cui debbano essere comunicati per dare adempimento ad obblighi di legge. Al di fuori di queste ipotesi, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non

nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea. La fonte normativa in base alla quale vengono trattati e comunicati i dati è costituita dal regolamento Ue 679/2016 e dal D.Lgs 101/2018. In qualità di interessato, Lei ha diritto alla protezione dei dati che la riguardano, ha diritto di accedere ai dati personali che La riguardano, di chiedere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e seguenti del Regolamento UE n°679/2016).

Il Responsabile della protezione dei dati (RPD-DPO), a cui Lei potrà rivolgersi per esercitare i diritti sopra indicati, è: il Dott. Giancarlo Ammirati, i cui dati di contatto sono: Tel. 0825 35979 mail: rpd@comune.atripalda.av.it

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario alla conclusione del procedimento-processo o allo svolgimento del servizio-attività richiesta e, successivamente alla conclusione del procedimento-processo o cessazione del servizio-attività, i dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

In qualità di interessato, ricorrendone i presupposti, Lei ha, altresì, diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante) secondo le procedure previste.

COMPRESIONE DELLE INFORMAZIONI E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, in qualità di interessato, dichiara di avere ben compreso le informazioni sul trattamento dei propri dati personali, e di aver compreso che al possono essere consultate ulteriori informazioni relative ai diritti esercitabili e agli aspetti in precedenza descritti. Sulla base delle informazioni ricevute, il sottoscritto interessato acconsente a che il titolare tratti i propri dati personali per le finalità istituzionali del progetto sociale e, in particolare, acconsente a che sia data comunicazione relativa al proprio stato di salute/bisogno ai soggetti pubblici e privati a cui la comunicazione sia necessaria per il corretto adempimento delle finalità per cui è stata richiesta la prestazione socioassistenziale che lo riguarda.

Atripalda, li ___/___/_____

Firma
