

ALLEGATO A

Spett. le Comune di CAVALLINO
Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Emergenza COVID – 19 - Avviso per l'assegnazione di buoni spesa Decreto Sostegni, Intervento 1, Erogazione buoni spesa alle famiglie in difficoltà

ISTANZA per la concessione dei Buoni Spesa

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a Cavallino alla via/piazza _____ n. _____ C.F. _____ n.
telefono _____ indirizzo mail _____

CHIEDE

la concessione dei Buoni Spesa per l'acquisto di beni di prima necessità a sostegno del proprio nucleo familiare.

A tal fine,

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445:

- di essere residente nel Comune di Cavallino alla data del presente Avviso;
- che i componenti il proprio nucleo familiare anagrafico come sotto riportato, sono residenti nel Comune di Cavallino alla data del presente Avviso;
- di avere difficoltà a soddisfare le esigenze della famiglia;
- che la propria famiglia anagrafica, compreso il sottoscritto, è così composta:

<u>COGNOME E NOME</u>	<u>LUOGO E DATA DI NASCITA</u>	<u>GRADO/ GENERE DI PARENTELA</u>	<u>CONDIZIONE LAVORATIVA (SPECIFICARE SE DISOCCUPATO, PENSIONATO, LAVORATORE AUTONOMO, SUBORDINATO, ECC.)</u>	<u>SPECIFICARE LA STRUTTURA, LA SEDE ED IL LUOGO OVE SI SVOLGE L'ATTIVITA' LAVORATIVA</u>	<u>IMPORTO COMPLESSIVO a qualsiasi titolo percepito nel mese di OTTOBRE 2021</u>
1		RICHIEDENTE			€ _____
2					€ _____
3					€ _____

4					€ _____
5					€ _____
6					€ _____
7					€ _____

- che l'intero nucleo familiare anagrafico ha percepito, nello scorso mese di **OTTOBRE 2021**, la complessiva somma di € _____, a qualsiasi titolo introitata (quindi anche derivante da lavoro autonomo o da qualsivoglia altra tipologia di rapporto di lavoro, anche subordinato, o da rendite finanziarie, proventi da rapporti di locazione, assegni di mantenimento, Reddito di Cittadinanza, Rei, Naspi e/o altri ammortizzatori sociali e/o qualsiasi altra misura di sostegno pubblico al reddito quali, a mero titolo esemplificativo: pensioni, di qualsivoglia genere e natura -quindi anche sociali e d'invalidità-indennità di frequenza, indennità di accompagnamento, Reddito di Dignità, cassa integrazione, sia ordinaria che straordinaria, ecc.).

DICHIARA INOLTRE

CONTRASSEGNARE LA CASELLA CORRISPONDENTE AI SEGUENTI INDICATORI:

che nel proprio nucleo familiare anagrafico non vi sono componenti che abbiano percepito ed incassato assegno di mantenimento nel mese di ottobre 2021;

che nel proprio nucleo familiare anagrafico vi sono componenti destinatari di assegno di mantenimento il cui importo è stato incassato nel mese di ottobre 2021; indicare il destinatario e l'importo percepito a tale titolo nel mese di ottobre 2021:

Nome e Cognome _____ importo: € _____

Nome e Cognome _____ importo: € _____

che nel proprio nucleo familiare anagrafico non vi sono componenti che, nella mensilità di ottobre 2021, abbiano corrisposto somme in adempimento a provvedimenti giudiziari emessi in materia di separazione o divorzio o cessazione di effetti civili del matrimonio;

che nel proprio nucleo familiare anagrafico vi sono componenti che hanno corrisposto, nel mese di ottobre 2021, somme in adempimento a provvedimenti giudiziari emessi in materia di separazione o divorzio o cessazione degli effetti civili del matrimonio; indicare il soggetto che ha corrisposto le somme e l'importo erogato nel mese di ottobre 2021:

Nome e Cognome _____ importo: € _____

Nome e Cognome _____ importo: € _____

che nel proprio nucleo familiare anagrafico non risultano componenti ricoverati stabilmente presso case di riposo o altre strutture (diverse dai luoghi di ricovero ospedalieri e dalle altre strutture di cura convenzionate ed a totale carico del SSN);

che nel proprio nucleo familiare anagrafico risultano componenti ricoverati stabilmente presso case di riposo o altre strutture (diverse dai luoghi di ricovero ospedalieri e dalle altre strutture di cura convenzionate ed a totale carico del SSN); indicare i soggetti ricoverati e la struttura:

Nome e Cognome _____ - _____

Nome e Cognome _____ - _____

che il sottoscritto e i componenti il proprio nucleo familiare anagrafico **non hanno beneficiato, nel corso del mese di ottobre 2021, di qualsivoglia introito derivante da misure sostegno pubblico al reddito**; anche ove le stesse, pur assegnate, risultino essere state sospese e/o non erogate

che il sottoscritto e/o i componenti del proprio nucleo familiare anagrafico **beneficiano di misure di sostegno pubblico al reddito** (quali a mero titolo esemplificativo: Reddito di Cittadinanza, Rei, Naspi e/o altri ammortizzatori sociali, pensioni, di qualsivoglia genere e natura -quindi anche sociali e d'invalidità- indennità di frequenza, indennità di accompagnamento, Reddito di Dignità, cassa integrazione, sia ordinaria che straordinaria, ecc.); e pertanto l'intero nucleo familiare anagrafico ha percepito, nel corso del **mese di ottobre 2021**, la complessiva somma di
€ _____ per le seguenti misure di sostegno pubblico:

DICHIARA INFINE

- che il nucleo familiare possiede un patrimonio finanziario (a titolo esemplificativo: depositi, conto correnti, strumenti finanziari di qualsiasi tipologia, ecc...), costituito dalla somma di quanto posseduto da ciascun componente, di valore complessivo non superiore a:

- € 6.500,00 (per i nuclei familiari composti da due componenti);
- € 8.000,00 (per i nuclei composti da tre componenti);
- € 10.000,00 (per i nuclei composti da quattro o più componenti).

Il sottoscritto dichiara, altresì, di aver letto e compreso l'informativa sulla privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati UE - 2016/679, secondo la quale i dati riportati saranno trattati per le finalità di gestione della richiesta per la concessione del buono spesa.

Si allega documento di identità del sottoscritto in corso di validità e informativa sul trattamento dati personali.

Cavallino, lì _____

IL DICHIARANTE

Informativa sul trattamento dei dati personali forniti (ai sensi dell'art. 12 e seguenti del Regolamento UE 2016/679)

Finalità del trattamento

I dati personali verranno trattati dal Comune di Cavallino per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al presente procedimento.

Natura del conferimento

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento.

Modalità del trattamento

Il trattamento dei dati avverrà in modalità informatiche e/o cartacee, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi.

Durata del trattamento

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario alla conclusione del procedimento, i dati saranno conservati in conformità alle norme di conservazione della documentazione amministrativa.

Comunicazione

Potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra. Tali soggetti agiranno in qualità di Responsabili o Incaricati del Trattamento. I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento che lo preveda.

Diritti dell'interessato

All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 12 e seguenti del Regolamento UE 2016/679 e, in particolare diritto di accesso (art. 15), diritto alla rettifica (art. 16), diritto alla cancellazione (art. 17), diritto alla limitazione del trattamento (art. 18), diritto alla portabilità del dato (art. 20), diritto all'opposizione al trattamento (art. 21), diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo. Per l'esercizio di tali diritti, l'interessato può rivolgersi al Titolare del Trattamento o al Responsabile della Protezione dei Dati. L'interessato, ricorrendone i presupposti, ha altresì il diritto di proporre reclamo al Garante quale autorità di controllo, secondo le procedure previste.

Titolare e Responsabile della Protezione dei Dati

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Cavallino, con sede in via P. Ciccarese.

Il Responsabile del trattamento dati è il Responsabile del Settore "Servizi Sociali" dott. Luigi Tommaso Immacolato.

Per ulteriori approfondimenti si invia alla sezione Privacy del sito istituzionale dell'ente <http://comune.cavallino.it>