



**MISURE DI SOSTEGNO ALL'EMERGENZA SOCIO-ASSISTENZIALE DA COVID-19  
AI SENSI DELL'ART.9, COMMA 2, DELLA L.R 12 MAGGIO 2020, N,9  
E DELLA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 574 DEL 15/12/2020,  
A VALERE DEL POC SICILIA 2014/2020**

**ISTANZA DI ACCESSO AD INTERVENTO SOCIO-ASSISTENZIALE  
E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

*(art. 47 del D.P.R. 445/2000)*

**AI COMUNE di CALAMONACI**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_ residente a CALAMONACI 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, sotto la propria responsabilità, per l'accesso alle misure di  
sostegno in attuazione alla'art.9, comma 2, della L.R. 12/05/2020, n.9, in ottemperanza a quanto previsto dalla  
Deliberazione della Giunta Regionale n.124 del 28/03/2020, 135 del 07/04/2020 e n. 574 del 15/12/2020,  
nonché dal D.D.G. n. 129 del 01 febbraio 2021 del Dipartimento reg.le 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 02 Agosto 2021** del Comune di CALAMONACI relativo alle  
misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente di:

- essere residente nel Comune di CALAMONACI;
- (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.);
<b>C</b>	(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 € _____ (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 dei cittadini", 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					
...					

- 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 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

(contrassegnare una o più lettere d'interesse nel seguente prospetto)

l'erogazione di **BUONI SPESA/VOUCHER** per l'acquisto di

- A) BENI DI PRIMA NECESSITA' (ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE E DOMESTICA, BOMBOLE DEL GAS, DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE, PASTI PRONTI;**

**il PAGAMENTO IN FORMA DIRETTA** da effettuarsi da parte degli Uffici Comunali di:

- B) UTENZE DOMESTICHE DI LUCE E GAS;**

- C) CANONI DI LOCAZIONE DI PRIMA ABITAZIONE, (LIMITATAMENTE ALLE SUPERFICI ABITATIVE)**

come previsto dal citato art.9, comma 2, della L.R. 12/05/2020, n.9, dalla Deliberazione della Giunta Regionale n.124 del 28/03/2020, 135 del 07/04/2020 e n. 574 del 15/12/2020, nonché dal D.D.G. n. 129 del 02 febbraio 2021 del Dipartimento reg.le 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.

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

Calamonaci li, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**A PENA DI INAMMISSIBILITA', E' NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE**