

**Al Servizio Sociale  
del Comune Cavriglia**

**Autodichiarazione per la richiesta di contributo alimentare erogabile ai sensi del  
progetto ASOPOVA POR-FSE 2014/2020 cod.progetto 273102**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Stato \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di Cavriglia (AR) - cap. 52022 via/piazza  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

MEDICO CURANTE \_\_\_\_\_

**Facente parte del nucleo familiare composto da:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Si indica la presenza di familiari con riconoscimento di Invalidità Civile (specificare percentuale) e/o L.104/92

**Condizione lavorativa del beneficiario :**

\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/10/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità

**CHIEDE**

- di essere ammesso per se stesso e per il proprio nucleo familiare all'assegnazione **Buoni spesa per acquisto generi alimentari o prodotti di prima necessità**

**A tal fine, DICHIARA ed AUTOCERTIFICA, per l'intero nucleo familiare di cui sopra:**

**barrare la casella**

**di NON ESSERE IN GRADO** di soddisfare le necessità urgenti ed essenziali derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 in conseguenza dei seguenti elementi:

*(indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione e dell'entità del contributo)*

**che nessun componente del nucleo familiare ha presentato domanda presso altri Comuni italiani;**

**per i cittadini non UE, di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità;**

**di essere già in carico al Servizio Sociale comunale:**

**SI**

**NO**

**che la situazione economica del proprio nucleo è la seguente:**

ISEE ORDINARIO ANNO 2021  
(allegare se in possesso) € \_\_\_\_\_

**che nessun componente del nucleo familiare percepisce altre forme di sostegno al reddito erogate da Enti pubblici**

**di percepire forme di sostegno economico quali:** Reddito di cittadinanza, REI, Contributo per l'affitto, sussidio economico, ecc. *Specificare* \_\_\_\_\_, dell'importo mensile di € \_\_\_\_\_.

**che nessun componente del nucleo familiare** ha usufruito nell'anno in corso di altri contributi a valere sul POR-FSE

**che il nucleo familiare** ha usufruito nell'anno in corso di altri contributi a valere sul POR-FSE per € \_\_\_\_\_

**condizione lavorativa dei componenti il nucleo familiare:**

**ALMENO UN COMPONENTE del nucleo familiare è stato colpito da:**

risoluzione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato (escluso licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo e per dimissioni volontarie - tranne nel caso che queste ultime siano riconducibili a una prolungata mancata retribuzione) dal \_\_\_\_\_ descrivere \_\_\_\_\_

sospensione dell'attività lavorativa, in assenza/attesa di cassa integrazione dal \_\_\_\_\_ descrivere \_\_\_\_\_

conclusione del rapporto di lavoro a tempo determinato dal \_\_\_\_\_

descrivere \_\_\_\_\_

nel caso di lavoratore dipendente autonomo cessazione/sospensione/consistente riduzione della propria attività, dal \_\_\_\_\_

descrivere l'attività cessata o sospesa con l'indicazione del codice ATECO di riferimento, del/i componente/i del nucleo familiare interessati (data dell'accadimento) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

nel caso di lavoratore intermittente od a chiamata:

consistente riduzione della propria attività dal \_\_\_\_\_

descrivere l'attività svolta e le ragioni della riduzione intervenuta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

disoccupato da n. \_\_\_ mesi/n. \_\_\_anni e privo di NaSpl

descrivere \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

altra motivazione/descrivere in caso di non percettore di alcun sostegno economico pubblico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DICHIARA ALTRESI'

**che il nucleo familiare NON è titolare** di uno o più depositi e conti correnti bancari e postali, per i quali la sommatoria dei valori del saldo contabile attivo, al lordo degli interessi al 31 ottobre 2020, è superiore ad una soglia di € 6.000,00, accresciuta di € 2.000,00 per ogni componente il nucleo familiare successivo al primo, fino a un massimo di €. 12.000,00.

### SI IMPEGNA

a Comunicare entro 30 (trenta) giorni le eventuali variazioni inerenti alla situazione economica che rendano possibile la soddisfazione delle necessità più essenziali e urgenti, autorizzando codesto Ente a effettuare le verifiche circa la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese sopra in conformità al DPR n. 445/00 nella consapevolezza che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del medesimo DPR, oltre a comportare la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti

Il Comune di Cavriglia, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, le ricorda di sottoscrivere l'informativa relativa al trattamento dei dati personali - ai sensi del Regolamento UE

2016/679 ("GDPR") e del D. Lgs. 196/2003 come novellato dal D. Lgs. 101/2018 che rimarrà agli atti del Servizio Sociale.

Tale informativa descrive il trattamento dei dati personali che verrà effettuato al fine di consentirle di usufruire del servizio da lei richiesto in quanto: a) ai sensi dell'art. 6.1. lett. e) GDPR è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento; b) ai sensi dell'art. 9.2 lett. g) GDPR è necessario per motivi di interesse pubblico sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri. Ulteriori dettagli sono contenuti nell'informativa sopracitata.

Le ricordiamo, inoltre, che il conferimento dei dati personali necessari ai fini dell'erogazione dei servizi richiesti dal/dalla richiedente è facoltativo, ma l'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità di attivare i servizi richiesti.

Cavriglia, li \_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_ (o in sostituzione Esercente Responsabilità Genitoriale / Tutore/Amministratore di Sostegno)

**DOMANDA PRESENTATA NELL'INTERESSE O IN NOME E PER CONTO DI ALTRI**

La presente domanda è presentata in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale.

Se ricorre il suddetto caso, ogni riferimento al "richiedente" del presente modello, è da intendersi come riferito al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è presentata la domanda.

**INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE**

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

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ Data (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e civili per falsità in atti e dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art 76 del DPR n. 445 del 20.12.2000, dichiara che quanto dichiarato è vero ed accertabile ai sensi

dell'art 43 del DPR suindicato ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti; che è a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli.

Cavriglia, li \_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_  
(o in sostituzione Esercente Responsabilità Genitoriale / Tutore/Amministratore di Sostegno)

\*\* Ai sensi dell'art. 3 comma 11 della Legge n. 127/97 quale modificato dall'art. 2 comma 10 della Legge 16 giugno 1998 n. 191, la sottoscrizione della presente Istanza non è soggetta ad autenticazione qualora sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un **Documento di identità valido del sottoscrittore.** In caso di cittadino extracomunitario andrà esibito il Permesso di soggiorno.

IL DIPENDENTE ADDETTO

-----  
(Timbro dell'Ente)

N.B.: la presente domanda, compilata e firmata, completa dell'Informativa sul trattamento dei dati personali firmata per accettazione, unitamente ad una **copia di un documento di riconoscimento**, devono essere inviate a [assistente.sociale@comune.cavriglia.ar.it](mailto:assistente.sociale@comune.cavriglia.ar.it)

*(In caso di impossibilità all'invio contattare 055 9669734- 055 9669737)*