Comune di Frosinone

Al Comune di FROSINONE

All'Ufficio Servizi Sociali

"INTERVENTI DI SOLIDARIETA' IN FAVORE DI CITTADINI FRAGILI IN CONSEGUENZA DELL'EMERGENZA COVID-19"

Il/La sottoscritto/a (*cognome)*_____ (*nome)* _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente nel Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
e-mail _____
domicilio *(solo se diverso dalla residenza)* Comune di _____ prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____
C.A.P. _____ tel. _____
Codice fiscale

CHIEDE
il riconoscimento del seguente contributo economico per interventi di solidarietà attivati dal Comune di Frosinone per contrastare l'emergenza COVID-19:

[ ] buono spesa per l'acquisto di alimenti e beni di prima necessità

[ ] **contributo per l'acquisto dei farmaci**

A tal fine, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 D.P.R. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.P.R.

DICHIARA

- ❑ di aver preso visione dell'Avviso relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso dei requisiti di ammissibilità richiesti;

- ❑ di essere RESIDENTE / DOMICILIATO nel Comune di Frosinone ***(barrare l'opzione non pertinente)***;
- ❑ per i cittadini stranieri non UE: di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità;
- ❑ di trovarsi in una situazione di bisogno connessa all'applicazione delle norme di contenimento e gestione dell'epidemia da COVID-19 (specificare le motivazioni: _____ _____);
- ❑ di ESSERE / NON ESSERE beneficiario di altre forme di sostegno al reddito e di contrasto alla povertà erogate da Enti pubblici (ad es. reddito di cittadinanza, NASPI, Indennità di mobilità, Cassa Integrazione Guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale).) ***(barrare l'opzione non pertinente)***;
- ❑ di ESSERE / NON ESSERE già in carico ai seguenti Servizi Sociali territoriali comunali o distrettuali ***(barrare l'opzione non pertinente):***

_____

ALLEGA

[ ] Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;
[ ] per i cittadini stranieri non UE: copia del titolo di soggiorno in corso di validità;
[ ] Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (*Allegato n.1* al Modello di istanza);
[ ] Altro *(specificare)* _____

Luogo e data _____

Firma del richiedente

_____

INFORMATIVA PRIVACY

Si informa che, ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e di erogazione dell'intervento, nel rispetto della vigente normativa (GDPR 679/2016).
Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Frosinone nella persona del Legale Rappresentante. Responsabile del trattamento dei dati è il Dirigente del Settore Welfare.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente (GDPR 679/2016), presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli ***"Interventi di solidarietà n favore di cittadini fragili in conseguenza dell'emergenza COVID-19"***

Luogo e data _____

Firma del richiedente

_____

Allegato n. 1 al ***Modello di istanza per "Interventi di solidarietà in favore di cittadini fragili in conseguenza dell'emergenza COVID-19" Comune di Frosinone***

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (*cognome)*_____ (*nome)* _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
Codice fiscale

in qualità di beneficiario dell'istanza per **interventi di solidarietà attivati dal Comune di Frosinone per contrastare l'emergenza COVID-19**

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione, ai sensi dell'art. 75 del suddetto DPR

DICHIARA

che il proprio lo **stato di famiglia** è il seguente:

Cognome e nome	**Luogo di nascita**	**Data di nascita**	**Rapporto di parentela**

Luogo e data _____

Firma

_____