

RICHIESTA PER LA CONCESSIONE DI UN CONTRIBUTO PER SITUAZIONI URGENTI DI NECESSITA' (GENERI ALIMENTARI E DI PRIMA NECESSITA')

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ RESA AI SENSI DELL'ART. 47 DEL DPR 28 DICEMBRE 2000 N. 445

Il/La sottoscritto/a.....nato/a aProv.....o Stato estero.....il.....residente a.....Prov..... in Vian. CAP. tel. email@.....; Cod. Fisc. identificato a mezzo di n. rilasciata da..... valida sino al; permesso di soggiorno n..... del..... rilasciato da..... **consapevole delle responsabilità penali che si assume per eventuali falsità in atti e dichiarazioni non corrispondenti al vero, ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/00,**

C H I E D E PER SÉ ED IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO

che gli/le sia concesso il contributo straordinario in buoni spesa per generi alimentari e di prima necessità (ex Ordinanza 658 DPCM del 29.03.2020.)

La richiesta è motivata da:

1) il nucleo **nel mese di aprile 2020** in conseguenza delle limitazioni imposte per l'epidemia di coronavirus si trova in una situazione di **(Barrare le caselle di interesse):**

- Azzeramento del reddito**
- riduzione dello stesso sotto la soglia di € 600,00 per un importo non superiore ad € 600,00 per ogni componente il nucleo**

a causa di (Barrare le caselle di interesse):

- perdita o riduzione del lavoro (licenziamento, mancato rinnovo di contratto a tempo determinato, riduzione delle ore lavorative) in assenza di ammortizzatori sociali, ovvero con ammortizzatori insufficienti in relazione al fabbisogno familiare
- perdita assegni di tirocinio
- perdurare condizione inoccupazione o indigenza
- chiusura dell'attività/ sospensione temporanea dell'attività con partita IVA rientranti nei codici ATECO delle attività professionali, commerciali, produttive artigianali non consentite dal DPCM 22 marzo 2020 e successive integrazioni
- impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali/stagionali o intermittenti a causa dell'obbligo di permanenza domiciliare per effetto delle contrazioni delle chiamate o a seguito dei provvedimenti di vigilanza rafforzata
- altro. Specificare _____

2) **Stato di effettiva necessità del nucleo familiare**, ovvero impossibilità di acquisto di beni di prima necessità (spesa quotidiana), mancanza **al 30 aprile 2020**, per tutti i componenti del nucleo, di qualsiasi disponibilità economica o proventi da patrimonio, titolarità di c/c bancario, titoli, depositi bancari e postali, etc.....

con deposito

- non superiore a complessivi € 3.000,00 per nuclei fino a 2 persone
- non superiore a complessivi € 4.000,00 per nuclei fino a 4 persone

- non superiore a complessivi € 5.000,00 per nuclei superiori a 5 persone

Dichiara inoltre che:

3) il nucleo familiare (**barrare la casella di interesse**):

non risulta assegnatario di altro sostegno pubblico (Reddito di cittadinanza o contributi assistenziali pubblici)

risulta assegnatario dei seguenti sostegni pubblici (reddito di cittadinanza o altri contributi assistenziali pubblici). Specificare
per l'importo complessivo di € _____ nel mese di aprile 2020;

4) nel nucleo ci sono percettori di ammortizzatori sociali (**barrare la casella di interesse**): SI NO
Per un importo complessivo di € _____ nel mese di aprile 2020;

Nome Cognome..... cassa integrazione Naspi Altro. Specificare.....
per l'importo di € _____

Nome Cognome..... cassa integrazione Naspi Altro. Specificare.....
per l'importo di € _____

5) indicare nelle righe sottostanti altri eventuali motivi della richiesta di contributo straordinario
.....
.....

**Per l'erogazione del contributo i presupposti riportati ai punti 1 e 2 debbono essere entrambi presenti
DICHARA altresì**

6) che il proprio nucleo familiare anagrafico così composto si trova in una situazione di azzeramento del reddito e/o di riduzione dello stesso **per un importo non superiore ad € 600,00 per ogni componente il nucleo** relativamente al mese di aprile 2020

nome	cognome	Data di nascita	Grado di parentela	di indicare il reddito percepito nel mese di aprile 2020 (da lavoro, ammortizzatori sociali, Naspi, Reddito di Cittadinanza ecc....)	Indicare la disponibilità economica o proventi da patrimonio, titolarità di c/c bancario, depositi bancari e postali, etc. con deposito al 30 aprile 2020	Indicare la presenza di disabili L. 104/92 o invalidità civile superiore al 74%
			Titolare sottoscrittore dell'istanza			

7) nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato domanda per l'assegnazione del contributo in buoni spesa cui al presente bando

8) Di aver preso visione dell'avviso per l'assegnazione del contributo in argomento e di essere consapevole che il buono spesa sarà attribuito fino ad esaurimento delle risorse disponibili con le **priorità indicate nell'avviso**;

In caso di accoglimento della richiesta, l'importo del contributo verrà attribuito nelle misure sotto specificate **sino alla concorrenza massima di € 350:**

150 euro (per nuclei unipersonali); **200 euro** (per nuclei di due persone); **250 euro** (nuclei di 3 persone); **300 euro** (nuclei di 4 persone); **350 euro** (nuclei di 5 persone).

Si prende atto dell'informativa resa ai sensi del "Codice in materia di protezione dei dati personali", di cui al D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e smi, essendo a conoscenza che:

- il trattamento dei dati inseriti nella domanda è finalizzato alla gestione del relativo procedimento amministrativo;
- il titolare del trattamento è il Comune di Medicina e il responsabile del trattamento è il Responsabile del Servizio Servizi Scolastici e Politiche Sociali; Il dichiarante può esercitare i diritti di cui al D.Lgs. 196/2003 (così come modificato a seguito dell'entrata in vigore del Regolamento (UE) n. 2016/679 rivolgendosi al responsabile del trattamento.

Data, _____

Firma _____

INFORMATIVA per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art 13 del Regolamento europeo n. 679/2016

1. Premessa

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016, il Comune di Medicina, in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornirle informazioni in merito all'utilizzo dei suoi dati personali.

2. Identità e i dati di contatto del titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati personali di cui alla presente Informativa è il Comune di Medicina, con sede in Via Libertà 103, 40059
Al fine di semplificare le modalità di inoltro e ridurre i tempi per il riscontro si invita a presentare le richieste di cui al paragrafo n. 10, al Comune di Medicina, Ufficio Servizi Scolastici e Politiche Sociali – Via Pillio 1- 40059 Medicina e-mail serviziallapersona@comune.medicina.bo.it

3. Il Responsabile della protezione dei dati personali

Il Comune di Medicina ha designato quale Responsabile della protezione dei dati la società LepidaSpA (dpo-team@lepida.it).

4. Responsabili del trattamento

L'Ente può avvalersi di soggetti terzi per l'espletamento di attività e relativi trattamenti di dati personali di cui l'Ente ha titolarità. Conformemente a quanto stabilito dalla normativa, tali soggetti assicurano livelli esperienza, capacità e affidabilità tali da garantire il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento, ivi compreso il profilo della sicurezza dei dati. Vengono formalizzate da parte dell'Ente istruzioni, compiti ed oneri in capo a tali soggetti terzi con la designazione degli stessi a "Responsabili del trattamento". Vengono sottoposti tali soggetti a verifiche periodiche al fine di constatare il mantenimento dei livelli di garanzia registrati in occasione dell'affidamento dell'incarico iniziale.

5. Soggetti autorizzati al trattamento

I Suoi dati personali sono trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, a cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei suoi dati personali.

6. Finalità e base giuridica del trattamento

Il trattamento dei suoi dati personali viene effettuato dal Comune di Medicina per lo svolgimento di funzioni istituzionali e, pertanto, ai sensi dell'art. 6 comma 1 lett. e) non necessita del suo consenso. I dati personali sono trattati per le seguenti finalità: istruttoria delle domande per la concessione di un contributo per situazioni urgenti di necessità (generi alimentari e di prima necessità) ex ordinanza 658 DPCM del 29.03.2020. I dati personali saranno trattati dal Comune di Medicina esclusivamente per le finalità che rientrano nei compiti istituzionali dell'Amministrazione e di interesse pubblico o per gli adempimenti previsti da norme di legge o di regolamento.

7. Destinatari dei dati personali

I suoi dati personali non sono oggetto di comunicazione o diffusione e saranno comunicati ad ASP del Nuovo Circondario Imolese per la verifica sulle situazioni familiari già in carico al servizio sociale territoriale ed alla Protezione Civile del Comune di Medicina per l'eventuale erogazione del contributo.

8. Trasferimento dei dati personali a Paesi extra UE

I suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione europea.

9. Periodo di conservazione

I suoi dati sono conservati per un periodo non superiore a quello necessario per il perseguimento delle finalità sopra menzionate. A tal fine, anche mediante controlli periodici, viene verificata costantemente la stretta pertinenza, non eccedenza e indispensabilità dei dati rispetto al rapporto, alla prestazione o all'incarico in corso, da instaurare o cessati, anche con riferimento ai dati che Lei fornisce di propria iniziativa. I dati che, anche a seguito delle verifiche, risultano eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non sono utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene.

10. I suoi diritti

Nella sua qualità di interessato, Lei ha diritto:

- di accesso ai dati personali;
- di ottenere la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano;
- di opporsi al trattamento;
- di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali

11. Conferimento dei dati

Il conferimento dei Suoi dati è facoltativo, ma necessario per le finalità sopra indicate. Il mancato conferimento comporterà l'impossibilità di effettuare l'istruttoria della domanda di contributo e l'eventuale erogazione del buono spesa.