



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO
SICILIA 2020
 PROGRAMMA OPERATIVO



**MISURE DI SOSTEGNO ALL'EMERGENZA SOCIO-ASSISTENZIALE DA COVID-19
 AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
 DELLA REGIONE SICILIANA N. 124 DEL 28/03/2020**

ALLEGATO B

**COMUNICAZIONI CONFERMA/VARIAZIONI ISTANZA DI ACCESSO AD
 INTERVENTO SOCIO-ASSISTENZIALE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI
 ATTO DI NOTORIETA' (art.47 del D.P.R. 445/2000)**

AL COMUNE DI SCILLATO

Il sottoscritto/a _____, nato/a a _____
 il _____, residente a _____ via _____, Codice Fiscale _____
 Tel/Cell _____, (e-mail) _____

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 previste dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 124 del 28/03/2020 e s.m.i. e dal D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 del Dipartimento reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali,

DICHIARA

Di essere stato incluso nell'elenco dei beneficiari dei BUONI SPESA/VOUCHER erogati per il mese di Giugno per l'acquisto di beni di prima necessità : ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE E DOMESTICA, BOMBOLE DEL GAS, PASTI PRONTI, PAGAMENTO DI UTENZE DOMESTICHE DI LUCE E DI GAS, PAGAMENTO DI CANONI DI LOCAZIONE DI PRIMA ABITAZIONE (regolarmente registrati) LIMITATAMENTE ALLE SUPERFICI ABITATIVE;

() Che non è intervenuta alcuna modifica relativamente al possesso dei requisiti dichiarati nella precedente istanza di ammissione al beneficio di che trattasi;

() Che è intervenuta la seguente modifica relativamente al possesso dei requisiti dichiarati nella precedente istanza

*Barrare la casella di interesse

- 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 successivamente 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

l'erogazione di BUONI SPESA/VOUCHER per

A	BENI DI PRIMA NECESSITA' (ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE E DOMESTICA, BOMBOLE DEL GAS, PASTI PRONTI)
B	PAGAMENTO DI UTENZE DOMESTICHE DI LUCE E DI GAS
C	PAGAMENTO DI CANONI DI LOCAZIONE DI PRIMA ABITAZIONE (regolarmente registrati) LIMITATAMENTE ALLE SUPERFICI ABITATIVE

come previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 124 del 28/03/2020 e s.m.i. e dal D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 del Dipartimento reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali, nonché dalle istruzioni operative n. 2 del 20 Maggio 2020 prot. 14404, 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.

Luogo e data,

FIRMA

.....

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