



COMUNE di FARA OLIVANA con SOLA (BG)

Via Umberto I n. 9, 24058 - Tel. 0363/93130 Fax 0363/938674
prot@comune.faraolivanaconsola.bg.it - info@cert.faraolivanaconsola.bg.it
P.Iva 02931900167 - c.f. 83000890166

MODULO DI RICHIESTA

Misure urgenti di solidarietà alimentare

All'Ufficio Sociale

Comune di Fara Olivana con Sola
Via Umberto I°, 9
24058 Fara Olivana con Sola (BG)
ragioneria@comune.faraolivanaconsola.bg.it

RICHIESTA DI ACCESSO AGLI INTERVENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE AI SENSI DELL'ORDINANZA DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29 MARZO 2020

Il sottoscritto	_____
Codice fiscale	_____
Data di nascita	_____
Comune di nascita	_____
Provincia di nascita	_____
Stato estero di nascita	_____
Cittadinanza	_____
Residente a	<u>Fara Olivana con Sola (BG)</u>
via e nr. civico	_____
e-mail	_____
Telefono	_____ Cell. _____
Documento di identità	_____ Nr. _____
Rilasciato da	_____ Il _____

CHIEDE

di poter beneficiare degli interventi di solidarietà alimentare ai sensi dell'ODPDC n. 658 del 29 marzo 2020

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti

DICHIARA

1. Di essere residente nel Comune di Fara Olivana con Sola alla data di presentazione della domanda.
2. Di possedere almeno una delle seguenti condizioni (*barrare le condizioni di appartenenza*):

- licenziamento, mobilità, cassa integrazione; perdita o riduzione del lavoro non coperta da ammortizzatori sociali
- sospensione attività di lavoro autonomo non coperta da ammortizzatori sociali (600 euro mensili partite iva)
- cessazione o riduzione di attività professionale o di impresa
- disoccupazione
- mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici
- accordi aziendali e sindacali con riduzione dell'orario di lavoro
- malattia grave o decesso di un componente del nucleo familiare
- incremento di spese certificate sostenute dal nucleo familiare per l'acquisto di farmaci, per garantire interventi socio-assistenziali o per il pagamento di spese socio-sanitarie o funerarie
- attivazione di servizi a pagamento per l'assistenza al domicilio di persone fragili che non hanno potuto frequentare centri diurni per anziani, disabili o progetti personalizzati domiciliari di cui fruivano
- Nuclei che si trovano con conti correnti congelati e/o nella non disponibilità temporanea (ad esempio a causa di decesso del coniuge, etc)
- altro stato di necessità (specificare in dettaglio):

N.B. il richiedente, se richiesto, in sede di controllo dovrà produrre documentazione/dichiarazioni per attestare il possesso delle condizioni dichiarate

3. che il proprio nucleo familiare, così come da iscrizione al registro anagrafico della popolazione residente, è composto da n. _____ persone
4. che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ minori di età compresa tra 0 e 3 anni (non compiuti alla data della compilazione della presente domanda)
5. che il reddito mensile netto del nucleo familiare, a partire dal mese di aprile 2020 sarà, presumibilmente, complessivamente pari a € _____ e sarà così costituito:

<i>Nominativo membro familiare percettore di reddito</i>	<i>Importo mensile netto</i>	<i>Tipologia di reddito (indicare se da lavoro, da pensione o altro)</i>
Totale		

6. di essere titolare dei seguenti depositi e conti correnti bancari e postali:

<i>TIPOLOGIA</i> <i>Indicare se: Conto corrente e carte prepagate con IBAN; Conto deposito a risparmio libero/vincolato (inclusi Libretti di risparmio postale); Conto terzi individuale/globale</i>	<i>DENOMINAZIONE OPERATORE FINANZIARIO</i>	<i>SALDO ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA</i>

7. di risiedere in:

- abitazione di proprietà (o altro diritto reale di godimento come l'usufrutto, etc.)
 - in locazione
 - altro (es. comodato gratuito):
-

DICHIARA INOTRE

- di aver preso visione dei contenuti dell'avviso pubblico per l'erogazione degli interventi di solidarietà alimentare e di accettarne integralmente le condizioni;
- di essere a conoscenza che il Comune di Fara Olivana con Sola procederà, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli sulle domande presentate, al fine di verificare le informazioni dichiarate nella presente dichiarazione ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e dei D.Lgs. 109/1998 e 130/2000). Qualora a seguito dei controlli, il contributo risultasse indebitamente riconosciuto, ovvero in caso di dichiarazioni mendaci del beneficiario, il Comune procederà alla revoca del beneficio e alla riscossione delle somme indebitamente percepite;
- di autorizzare il Comune di Fara Olivana con Sola al trattamento dei dati personali¹ contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta, essendo stato informato che:
 - I dati personali acquisiti con la domanda e relativi allegati:
 - a) devono essere necessariamente forniti per accertare la situazione economica del nucleo del dichiarante, i requisiti per l'accesso agli interventi di solidarietà alimentare e la determinazione degli interventi stessi e il loro mancato conferimento può comportare la mancata erogazione del servizio richiesto e l'esito negativo della pratica;
 - b) sono raccolti dai soggetti appositamente autorizzati al trattamento di tali dati e trattati, anche con strumenti informatici, al solo fine di erogare gli interventi di solidarietà alimentare e per le sole finalità connesse e strumentali previste dall'ordinamento;
 - c) possono essere comunicati al Ministero dell'Economia e delle Finanze e alla Guardia di Finanza per i controlli previsti;
 - d) non sono soggetti a diffusione generalizzata.
 - I dati personali saranno trattati in forza delle seguenti basi giuridiche:
 - a) necessità del trattamento per l'esecuzione dei compiti di interesse pubblico e/o connessi all'esercizio di pubblici poteri da parte del Comune;
 - b) necessità del trattamento per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il Comune.
 - c) Nel caso specifico, il trattamento viene effettuato in forza di quanto previsto dall'ordinanza dell'ODPDC n. 658 del 29 marzo 2020.
 - d) I dati personali saranno conservati per il periodo necessario a realizzare le finalità relative alla presente domanda. I dati potranno essere conservati per un periodo indeterminato esclusivamente ove previsto da norme di legge o regolamentari.
 - e) La normativa sulla privacy (artt. 12-22 del Regolamento UE 679/2016) garantisce all'interessato il diritto di essere informato sui trattamenti dei dati che lo riguardano e il diritto di accedere in ogni momento ai dati stessi e di richiederne l'aggiornamento, l'integrazione e la rettifica. Ove ricorrano le condizioni previste dalla normativa l'interessato può inoltre vantare il diritto alla cancellazione dei dati, alla limitazione del loro trattamento, alla portabilità dei dati, all'opposizione al trattamento e a non essere sottoposto a decisioni basate unicamente sul trattamento automatizzato. Per l'esercizio dei propri diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali sono comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, l'interessato potrà rivolgersi al Titolare: Comune di Caravaggio.

¹ Ai sensi del Regolamento generale per la protezione dei dati personali n. 2016/679 – GDPR.

* allegare fotocopia della carta d'identità del richiedente.

Allega la seguente documentazione:

- Fotocopia carta d'identità del richiedente;
- Per i cittadini di paesi terzi, copia del titolo di soggiorno in corso di validità o "scaduto in data successiva al 21/02/2020" ovvero "in possesso di ricevuta per appuntamento di rinnovo";
- Se in possesso, documentazione che attesti il possesso delle condizioni di cui al punto 2

Il modulo di domanda può essere inviato in formato .pdf o .jpg allegando copia della carta di identità (formati .pdf o .jpg) preferibilmente come di seguito indicato:

- 1. A mezzo mail prot@comune.faraolivanaconsola.bg.it e ragioneria@comune.faraolivanaconsola.bg.it ;***
- 2. Al numero whatsapp 338 5040219;***
- 3. Solo per coloro che non possono trasmettere la domanda in una delle due precedenti modalità, contattare il numero 338 5040219 da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.30, per concordare una modalità diversa di trasmissione della domanda.***

Da compilare solo se dichiarazione resa per conto di persona interdetta, inabilitata o soggetta ad amministrazione di sostegno

Dati della persona sottoposta a misure di protezione giuridica

Nominativo

Codice fiscale

Data di nascita

Comune e Provincia di nascita

Stato estero di nascita

Residente a

via e nr. civico

e-mail

Telefono

Cell.

Allegare copia dell'atto legale di nomina

Data

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

(firma leggibile)