



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**

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

AL COMUNE DI SOLARINO  
SETTORE SOLIDARIETA' SOCIALE

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt \_\_\_ \_\_\_\_\_  
nat\_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 Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali,

**DICHIARA**

che il sottoscritto e ciascuno dei componenti il proprio nucleo familiare, si trovano nelle condizioni degli aventi diritto secondo quanto previsto nell'Avviso del Comune di Solarino, relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente:

- essere residente nel Comune di Solarino;
- che il nucleo familiare del richiedente è composto come di seguito:

N.	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Parentela	Condizione lavorativa
1	richiedente		intestatario	
2				
3				
4				
5				
6				
7				

- di avere n. \_\_\_\_ minori nel proprio nucleo familiare dell'età di \_\_\_\_\_ anni;
- di avere n. \_\_\_\_ disabili nel proprio nucleo familiare dell'età di \_\_\_\_\_ anni;
- di avere n. \_\_\_\_ anziani ultra65enni nel proprio nucleo familiare;
  
- di essere nella seguente condizione lavorativa:
  - lavoratore dipendente
  - lavoratore dipendente in cassa integrazione,
  - lavoratore autonomo,
  - inoccupato/disoccupato
  - pensionato
  
- di non avere rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere,  
**ovvero**
- di avere disponibilità sui conti correnti intestati ai componenti il nucleo familiare di importo pari ad € \_\_\_\_\_ ;
  
- di non essere destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo (ad esempio Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione ecc);  
**ovvero**
- di essere destinatario di altra forma di sostegno pubblico (ad esempio Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione ecc) e precisamente \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ ;
  
- di aver già usufruito della stessa misura (buoni spesa/voucher), per il mese di agosto, pari ad euro \_\_\_\_\_

Dichiara altresì di individuare, tra i componenti del nucleo familiare, i signori

---

quali soggetti **da coinvolgere nelle misure delle politiche attive del lavoro** da intraprendere 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 - MESE DI SETTEMBRE -**

**PER L'ACQUISTO DI BENI DI PRIMA NECESSITA'**

**(alimenti, prodotti farmaceutici, prodotti per l'igiene personale, bombole di gas)**

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 Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali, 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, per la stessa misura.**

**Dichiara altresì di essere a conoscenza che le risorse sono destinate "prioritariamente ai nuclei familiari che non percepiscono alcuna altra forma di reddito o alcuna altra forma di assistenza economica da parte dello Stato, compresi ammortizzatori sociali e reddito dei cittadini".**

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.

Solarino lì \_\_\_\_\_

**FIRMA**

---

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