



COMUNE DI GRAVINA DI CATANIA

Città Metropolitana di Catania

ISTANZA DI ACCESSO AD INTERVENTO SOCIO –ASSISTENZIALE E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' – (art 47 del D.P.R 445/2000) - IN OTTEMPERANZA A QUANTO PREVISTO DALL'ART 53 del Decreto Legge 25 maggio 2021 convertito in legge 23 Luglio 2021 n. 106.

Al Comune di
Gravina di Catania

Il sottoscritto/a _____ in qualità di **residente sul Comune di Gravina di Catania**, nato/a a _____, il _____ residente a Gravina di Catania _____, Via _____ cod. fisc. _____ ;
Tel./Cell. _____ e-mail _____ (eventuale) PEC _____
dove vuole ricevere tutte le comunicazioni (**obbligatori**),

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 dall'art 53 del Decreto Legge 25 maggio 2021 convertito in legge 23 Luglio 2021 n. 106.

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 Gravina di Catania relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente che:

(Indicare segnando con una crocetta esclusivamente i sottostanti quadratini corrispondenti alla situazione economica del proprio nucleo familiare nel mese di **DICEMBRE 2021**.)

- Nessun componente del nucleo familiare** attualmente percepisce reddito da lavoro;
- Nessun componente del nucleo familiare** percepisce rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere;
- Nessun componente del nucleo familiare** è destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominata (*per esempio*: Reddito di Cittadinanza, Reddito di Emergenza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, Cassa integrazione, pensione ad esclusione di quella concessa per condizione di disabilità, ecc.);

OPPURE

che il sottoscritto dichiarante e ciascuno degli altri componenti il nucleo familiare sono destinatarie delle seguenti forme di sostegno pubblico o di reddito da lavoro o rendite in corso di fruizione.

barrare le caselle di interesse:

| | | | |
|-------------------------|--------------------------------|--|---|
| segnare con una X | Tipologia di sostegno /reddito | Soggetto intestatario del beneficio/reddito | Importo percepito Nel mese di dicembre 2021 |
|-------------------------|--------------------------------|--|---|

| | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> | <u>Reddito di Cittadinanza</u> | | € |
| <input type="checkbox"/> | <u>Reddito di Inclusione</u> | | € |
| <input type="checkbox"/> | <u>Reddito di Emergenza</u> | | € |
| <input type="checkbox"/> | <u>Pensione di vecchiaia</u> | | € |
| <input type="checkbox"/> | <u>Pensione Sociale</u> | | € |
| <input type="checkbox"/> | <u>Naspi /DISCOLL</u> | | € |
| <input type="checkbox"/> | Contributo per stagionali | | |
| <input type="checkbox"/> | Assegno temporaneo per figli minori | | |
| <input type="checkbox"/> | Indennità di mobilità, | | € |
| <input type="checkbox"/> | Cassa integrazione | | € |
| <input type="checkbox"/> | <u>Reddito da lavoro autonomo</u> | | € |
| <input type="checkbox"/> | <u>Reddito da lavoro dipendente</u> | | € |
| <input type="checkbox"/> | Altri redditi (specificare) | | € |

Non saranno prese in considerazione le istanze dei nuclei familiari le cui forme di sostegno pubblico/ rendite finanziarie e reddito da lavoro , a qualsiasi titolo e comunque denominato, superano i seguenti parametri economici:

€ 300,00 per un nucleo composto da una sola persona;

€ 400,00 per un nucleo composto da due persone;

€ 600,00 per un nucleo composto da tre persone;

€ 700,00 per un nucleo composto da quattro persone;

€ 800,00 per un nucleo composto da cinque o più persone.

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,

che il nucleo familiare del richiedente è composto come di seguito:

| N. | NOME E COGNOME | CODICE FISCALE | LUOGO E DATA DI NASCITA | PARENTELA | OCCUPAZIONE O CONDIZIONE (indicare se lavoratore autonomo, dipendente, occasionale, pensionato/a studente o nessuna |
|-----|----------------|----------------|-------------------------|-----------|--|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| ... | | | | | |

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

(contrassegnare una o più lettere d'interesse nel seguente prospetto)

l'assegnazione di **BUONI SPESA/VOUCHER PER ACQUISTO DI BENI E PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA'** di cui al seguente elenco:

| | |
|----|--|
| a) | alimenti, prodotti farmaceutici, prodotti per l'igiene personale e domestica, bombole del gas, dispositivi di protezione individuale, pasti pronti |
|----|--|

il **PAGAMENTO IN FORMA DIRETTA** da effettuarsi da parte degli Uffici Comunali di:

| | |
|----|---|
| b) | utenze domestiche di luce e gas * intestate ad uno dei componenti del nucleo familiare * Allegare modello All. 1, pena esclusione, compilato in ogni sua parte compreso di fattura con scadenza inferiore a giorni 20 dal termine di scadenza del bando |
| c) | canoni di locazione di prima abitazione, limitatamente alle superfici abitative intestati ad uno dei componenti del nucleo familiare* Allegare modello All.2, pena esclusione, compilato in ogni sua parte, compreso di copia del contratto di locazione stipulato da uno dei componenti del nucleo familiare, riportante gli estremi di registrazione del contratto e del locatore al fine di permettere il mandato di pagamento. |

Non saranno pertanto effettuati pagamenti di canoni di locazione e utenze di luce e gas i cui importi siano superiori ai predetti limiti. In tali ipotesi si procederà d'ufficio all'assegnazione dei buoni spesa.

Il dichiarante assume l'obbligo che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà analoga richiesta al Comune in indirizzo, ovvero ad altro Comune.

Consapevole che il Comune condurrà verifiche sulla veridicità delle istanze ricevute. Eventuali false dichiarazioni o omissioni, oltre a rispondere del reato di falso alle autorità competenti, faranno perdere al nucleo familiare destinatario ogni diritto in relazione al presente Avviso con obbligo di restituzione delle somme percepite.

Esprimo ai sensi del D.Lg 196/ 2003 e ss.mm.e.ii. il consenso al trattamento dei miei dati personali e al trasferimento degli stessi a Enti Pubblici per le finalità legate all'assegnazione e fruizione di forme di sostegno legate all'emergenza in atto, nonché alle Amministrazione competenti per la verifica delle autocertificazioni, esentando il Comune di Gravina di Catania da ogni responsabilità in ordine al predetto trattamento e trasferimento (obbligatorio)

Gravina di Catania, _____

FIRMA

(autografa)

A PENA DI INAMMISSIBILITÀ, È NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ DI CODICE FISCALE IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE

