

**RICHIESTA DI ACCESSO AL PANIERE ALIMENTARE AI SENSI DELL'ORDINANZA DEL CAPO DEL  
DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29 MARZO 2020**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
Stato estero di nascita \_\_\_\_\_  
Cittadinanza \_\_\_\_\_  
Residente a Casirate d'Adda In via \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**di poter beneficiare dei buoni spesa ai sensi dell'ODPDC n. 658 del 29 marzo 2020**

**A TAL FINE DICHIARA**

*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, quanto segue:*

- 1) di essere residente nel Comune di CASIRATE D'ADDA alla data di presentazione della domanda;
- 2) di possedere almeno una delle seguenti condizioni:

**Indicare le condizioni lavorative di ogni membro del nucleo familiare**

*Barrare la/e condizione/i di appartenenza*

<input type="checkbox"/>	Licenziamento, mobilità, cassa integrazione; perdita o riduzione del lavoro non coperta da ammortizzatori sociali
<input type="checkbox"/>	Sospensione attività di lavoro autonomo
<input type="checkbox"/>	Cessazione o riduzione di attività professionale o di impresa
<input type="checkbox"/>	Disoccupazione
<input type="checkbox"/>	Accordi aziendali e sindacali con riduzione del l'orario di lavoro
<input type="checkbox"/>	Malattia grave o decesso di un componente del nucleo familiare
<input type="checkbox"/>	Attivazione di servizi a pagamento per l'assistenza al domicilio di persone fragili che non hanno potuto frequentare centri diurni per anziani o disabili o beneficiare di progetti personalizzati domiciliari di cui fruivano
<input type="checkbox"/>	Nuclei che si trovano conti correnti congelati e/o nella non disponibilità temporanea (ad esempio a causa di decesso del coniuge, etc.

<input type="checkbox"/>	Assenza di pensione.
<input type="checkbox"/>	Nuclei monoreddito con disabili in situazione di fragilità economica
<input type="checkbox"/>	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 4 anni;

5) che **il reddito mensile** netto del nucleo familiare nel mese di **Marzo 2020** è stato complessivamente di € \_\_\_\_\_

6) che i componenti del nucleo familiare sono proprietari/comproprietari di altre proprietà immobiliari, oltre la casa di abitazione, da cui derivano canoni di locazione pari a € \_\_\_\_\_

7) di essere titolare dei seguenti depositi e conti correnti bancari e postali, dati di tutti i componenti del nucleo familiare:

<i>TIPOLOGIA</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>DENOMINAZIONE FINANZIARIO</i>	<i>OPERATORE</i>	<u>SALDO ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA</u>

**8) di risiedere in:**

<input type="checkbox"/> abitazione di proprietà (o altro diritto reale di godimento come l'usufrutto, etc.)
<input type="checkbox"/> in locazione
<input type="checkbox"/> altro (es. comodato gratuito)

## Il sottoscritto DICHIARA infine:

- di aver preso visione dei contenuti dell'avviso pubblico per l'erogazione di buoni spesa e di accettarne integralmente le condizioni;
- di essere a conoscenza che il Comune di residenza 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 residenza al trattamento dei dati personali<sup>1</sup> 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 al buono spesa e la determinazione del buono spesa stesso, secondo i criteri di cui al presente bando, 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 il buono spesa 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 illustrate al punto 1 lett. b) della presente informativa. 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 ricorrono 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 all'indirizzo mail [dpo@cloudassistance.it](mailto:dpo@cloudassistance.it).

Data

IL DICHIARANTE

(Firma leggibile)

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

***Da compilare solo in caso di 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 \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Stato estero di nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via e n° civico \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

*Allegare copia dell'atto legale di nomina*

Data

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Firma leggibile)

Allega la seguente documentazione:

- Per i richiedenti 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"