



**MISURE DI SOSTEGNO ALL'EMERGENZA SOCIO-ASSISTENZIALE DA COVID-19
AI SENSI DELL'ART. 9, COMMA 2, DELLA L.R. 12 MAGGIO 2020, N. 9,
E DELLA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 574 DEL 15/12/2020,
A VALERE DEL POC SICILIA 2014/2020**

**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
SAN MARCO D' ALUNZIO**

Il sottoscritto/a....., nato/a a....., il,
residente a, Via,
Codice Fiscale, Tel/Cell,
e-mail, PEC

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 in attuazione dell'art. 9, comma 2, della Legge Regionale 12/05/2020, n. 9, per quanto previsto dalle Deliberazioni della Giunta Regionale n. 124 del 28/03/2020, n. 135 del 07/04/2020, n. 148 del 17/04/2020 e n. 574 del 15/12/2020, nonché dal DDG. n. 129 dell'01/02/2021 del Dipartimento reg.le 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 11/11/2021 del Comune di San d' Alunzio, relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente di:

- essere residente nel Comune di San Marco d' Alunzio;
- *(contrassegnare le lettere d'interesse nel seguente prospetto)*

A	non percepire alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere;
B	non essere destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominata (indicativamente: Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione, ecc.);
C	<i>(in alternativa al punto B)</i> essere destinatario a valere su precedenti forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, ovvero di buoni spesa/voucher erogati ad altro titolo per emergenza COVID-19, per un importo pari a € <i>(specificare l'importo);</i>

AVVERTENZE:

Non saranno prese in considerazione le istanze dei nuclei familiari le cui forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, ovvero di buoni spesa/voucher erogati ad altro titolo per emergenza COVID-19, 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, compresi ammortizzatori sociali e reddito di cittadinanza", di cui alle precedenti lettere A e B.

- 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'assegnazione di **BUONI SPESA/VOUCHER PER ACQUISTO DI BENI E PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA' (ALIMENTI, PRODOTTI FARMACEUTICI, PRODOTTI PER L' IGIENE PERSONALE, BOMBOLE DEL GAS)**

come previsto dal citato art. 9, comma 2, della Legge Regionale 12/05/2020, n. 9, dalle Deliberazioni della Giunta Regionale n. 124 del 28/03/2020, n. 135 del 07/04/2020, n. 148 del 17/04/2020 e n. 574 del 15/12/2020, nonché dal DDG. n. 129 dell'01/02/2021 del Dipartimento reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali, consapevole che l'utilizzo dei buoni spesa/voucher 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.

San Marco d' Alunzio, - - - - -

FIRMA

- - - - -



Dipartimento Regionale della Famiglia e delle Politiche Sociali

Destinatari degli interventi delle "Misure di sostegno all'emergenza socio-assistenziale da COVID-19"
ai sensi della Deliberazione della Giunta Regionale n. 124 del 28/03/2020 in quota POC SICILIA 2014/2020

**MISURE DI SOSTEGNO ALL'EMERGENZA SOCIO-ASSISTENZIALE DA COVID-19
A VALERE DEL POC SICILIA 2014/2020**

**AI SENSI DELL'ART. 9, COMMA 2, DELLA L.R. 12 MAGGIO 2020, N. 9, E DELLA
DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 574 DEL 15/12/2020 E DEL D.D.G.N.129 DEL
01.02.2021.CIP:2017POCSICILIA1/10/9.1/7.1.1/0223- CUP: F89J21005730002.**



Comune di S. Marco d'Alunzio

Città Metropolitana di Messina

ISTANZA DI ACCESSO AD INTERVENTO SOCIO ASSISTENZIALE

(art. 47 del D.P.R. 445/2000)

Intervento finanziario della Regione Siciliana con Fondi POC SICILIA 2014/2020.

AI COMUNE di S. Marco d' Alunzio

SCHEDA INTEGRATIVA DI _____

CITTADINANZA _____

ISCRITTO AL CENTRO PER L'IMPIEGO SI NO

Essere iscritto al centro per l'impiego di _____ dal _____

TITOLO DI STUDIO

- Nessun titolo
 - Licenza elementare/attestato di valutazione finale
 - Licenza media/avviamento professionale
 - Titolo di istruzione secondaria di secondo grado (scolastica o formazione professionale) che non permette l'accesso all'università (qualifica di istituto professionale)
 - Diploma di istruzione di secondo grado che permette l'accesso all'università
 - Qualifica professionale regionale post diploma certificato di specializzazione tecnica
 - Diploma di tecnico superiore ITS
 - Laurea di livello triennale – diploma universitario – diploma accademico
 - Laurea magistrale
 - Titolo di dottore di ricerca
 - Altro titolo
-

Data Conseguimento Titolo _____

Qualifica _____ Descrizione Qualifica _____

CONDIZIONE FAMILIARE

- 01 Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro e senza figli a carico
- 02 Appartenente a famiglia i cui componenti sono senza lavoro e con figli a carico
- 03 Genitore solo, senza lavoro e con figli a carico (senza altri componenti adulti nel nucleo)
- 04 Genitore solo, lavoratore e con figli a carico (senza altri componenti adulti nel nucleo)
- 05 Persona proveniente da zone rurali
- 06 Senza dimora o colpito da esclusione abitativa
- 07 Nessuna delle situazioni precedenti

CONDIZIONE OCCUPAZIONALE

- 01 In cerca di prima occupazione
- 02 Occupato (compreso chi ha una occupazione saltuaria –atipica e chi è in CIG)
- 03 Disoccupato alla ricerca di prima occupazione (o iscritto alle liste di mobilità)
- 04 Studente
- 05 Inattivo diverso da studente (casalinga/o, ritirato/a dal lavoro, inabile al lavoro, in servizio di leva o servizio civile, in altra condizione)

CASO “IN CERCA DI PRIMA OCCUPAZIONE” O “DISOCCUPATO ALLA RICERCA DI NUOVA OCCUPAZIONE” (codice 01-03 della voce “condizione occupazionale”)

DURATA RICERCA DEL LAVORO

- Fino a 6 mesi
- Da 6 a 12 mesi
- Oltre i 12 mesi
- Non disponibile

CASO “OCCUPATO” O CIG ORDINARIA (codice 02 della voce “condizione occupazionale”)

Tipologia di Impresa <ul style="list-style-type: none">○ Pubblica○ Privata○ P.A.
Settore Economico
Denominazione Impresa _____
Indirizzo Via _____ N. _____
Comune _____ Prov. _____

Classe Dimensionale <ul style="list-style-type: none">○ 1 – 9○ 10 – 49○ 50 – 249○ 250 – 449○ Oltre 500
--

DENOMINAZIONE IMPRESA _____ INDIRIZZO _____

SEDE _____ N. _____ PROV. _____ COMUNE _____

Rapporto di Lavoro

- 0 – Nessuno
- 1 – Tempo indeterminato (tipico – standard)
- 10 – Collaborazione coordinata e continuativa
- 11 – Lavoro a progetto
- 12 – Collaborazione occasionale
- 13 – Associazione in partecipazione a tempo determinato
- 14 – Associazione in partecipazione a tempo determinato
- 15 – Lavoro Interinale (a scopo somministrazione a tempo indeterminato)
- 16 – Lavoro Interinale (a scopo somministrazione a tempo determinato)
- 17 – Lavoro intermittente a tempo indeterminato
- 18 – Lavoro intermittente a tempo determinato
- 19 – Agenzia a tempo indeterminato
- 2 - Tempo determinato a carattere non stagionale (tipico o standard)
- 20 – Agenzia a tempo determinato
- 21 – lavoro ripartito a tempo indeterminato
- 22 – Lavoro ripartito a tempo determinato
- 23 – Lavoro a domicilio a tempo indeterminato
- 24 – Lavoro a domicilio a tempo determinato
- 25 Lavoro o attività socialmente utili LSU/ASU

LAVORO DIPENDENTE

00 Nessuno

01 Dirigente

02 Direttivo – quadro

03 Impiegato o intermedio

04 Operaio, subalterno e assimilati

LAVORO AUTONOMO

- 00 nessuno
- 01 Imprenditore
- 02 Libero professionista
- 03 Lavoratore proprio
- 04 Socio di cooperativa
- 05 Coadiuvante familiare

CONDIZIONE DI VULNERABILITÀ

- 01 Persona disabile
- 02 Migrante o persona di origine straniera
- 03 Appartenente a minoranze (comprese le comunità emarginate come i Rom)
- 04 Persona inquadrabile nei fenomeni di nuova povertà (leggi di settore)
- 05 Tossicodipendente/ex tossicodipendente
- 06 Detenuto/ex detenuto
- 07 Vittima di violenza, di tratta e grave sfruttamento
- 08 Altro tipo di vulnerabilità
- 09 Nessuna condizione di vulnerabilità

San Marco D' Alunzio _____

FIRMA
