**SCRIVERE IN STAMPATELLO Al Sindaco del**

**Comune di Cagli**

**P.zza Matteotti n. 1**

**61043 CAGLI (PU)**

**mail -** [**m.martinelli@comune.cagli.ps.it**](mailto:m.martinelli@comune.cagli.ps.it)

**mail -** [**m.marini@comune.cagli.ps.it**](mailto:m.marini@comune.cagli.ps.it)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER LA FRUIZIONE DEI BENEFICI DI CUI**

**ALL’ART. 2 DEL DECRETO LEGGE N. 154 DEL 23 NOVEMBRE 2020**

**“MISURE FINANZIARIE URGENTI CONNESSE ALL’EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19**”

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\*\*\*)

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\*\*\*) Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\*\*\*)

a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\*\*\*) Codice Fiscale |\_­\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

residente nel COMUNE DI CAGLI in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n\_\_\_\_\_

Recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\*\*\*)

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolare di permesso di soggiorno n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

per accedere ai benefici previsti per i “nuclei familiari più esposti agli effetti economici derivanti dall’emergenza epidemiologica virus Covid-19” e per quelli “in stato di bisogno”, per soddisfare le necessità urgenti ed essenziali, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere

INOLTRA RICHIESTA

affinché gli/le vengano assegnati i **BUONI SPESA** di cui al Decreto Legge 23 novembre 2020 per l’acquisto di **generi alimentari e prodotti di prima necessità, presso gli esercizi commerciali di questo Comune.**

A tal fine DICHIARA:

**CHE il proprio nucleo familiare è composto da n. persone (\*\*\*)**

di cui:

Numero soggetti minori

Numero soggetti ultrasettantenni

Numero soggetti con invalidità accertata

superiore al 74 % (specificare % e se percettore di

indennità di accompagnamento precisare ❑ SI ❑ NO)

(allegare certificazione)

Numero soggetti in carico ai servizi sociali o all’Asur

per l’attuazione di un progetto assistenziale individuale

(allegare certificazione)

**CHE LA PROPRIA SITUAZIONE LAVORATIVA E’: (\*\*\*)**

❑ disoccupato;

❑ lavoratore dipendente;

❑ lavoratore dipendente ma inattivo e senza ammortizzatori sociali ( er i settori più direttamente interessati dalle misure ristrettive, quali ristorazione, turismo, settore alberghiero, altro precisare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

❑ lavoratore dipendente in cassa integrazione causa emergenza coronavirus;

❑ lavoratore autonomo ma inattivo e senza ammortizzatori sociali;

❑ lavoratore autonomo con ammortizzatori sociali;

❑ pensionato (importo mensile percepito € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

❑ percettore di ammortizzatori sociali (RdC, Rei, Rem, Naspi, CIG, indennità di mobilità, ecc);

**Che la composizione del nucleo familiare è la seguente: (\*\*\*)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cognome e Nome** | **Parentela** | **Data e Luogo di Nascita** | **Professione/Attività Lavorativa** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Che dei sopraddetti sono titolari di reddito: (\*\*\*)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cognome e Nome** | **Tipologia del reddito** | **Ammontare del reddito (periodo GENNAIO / NOVEMBRE 2020)** | **Varie** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

❑ Che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato domanda per la concessione dello stesso contributo;

❑ Di essere in possesso di un’attestazione ISEE in corso di validità pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**Che l’abitazione di residenza è: (\*\*\*)**

❑ di proprietà/usufrutto/altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

❑ di proprietà con presenza di un mutuo attivo e rata mensile di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

❑ in locazione con un affitto mensile di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

❑ che nessuno dei componenti il nucleo familiare è proprietario di immobili che producono reddito;

❑ altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(precisare/specificare)

❑ indicare eventuale situazione debitoria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(precisare/specificare)

**Che il patrimonio mobiliare, dato dalla somma del patrimonio di tutti i componenti il nucleo familiare, alla data dI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA è: (\*\*\*)**

❑ inferiore ad € 1.000,00

❑ superiore ad € 1.000,00 ed inferiore ad € 2.000,00

❑ superiore ad € 2.000,00 ed inferiore ad € 3.000,00

❑ superiore ad € 3.000,00 ed inferiore ad € 4.000,00

❑ superiore ad € 4.000,00 ed inferiore ad € 5.000,00

❑ superiore ad € 5.000,00;

Che a causa dell’emergenza da Covid-19 la situazione economica del nucleo familiare ha subito i seguenti effetti economici negativi anche temporanei:

**LE DICHIARAZIONI DI CUI SOTTO SONO RIFERITE A TUTTI I COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE:**

Di ❑ non essere ❑ essere titolare dell’ammortizzatore sociale di cui sotto:

**❑ RdC – Reddito di Cittadinanza**

(imp. mensile € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

**❑ Rei - Reddito di Inclusione**

(imp. mensile € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

**❑ Rem (Reddito di Emergenza)**

(imp. mensile € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

**❑ Naspi (Indennità Mensile di disoccupazione)**

(imp. mensile € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

**❑ CIG (Cassa Integrazione Guadagni ordinaria o in deroga)**

(imp. mensile € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

**❑ Indennità di mobilità**

(imp. mensile € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

**❑ Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(precisare/specificare)

(imp. mensile € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

**Il sottoscritto è consapevole del fatto che la presentazione di una domanda incompleta, erroneamente compilata e/o mancante delle informazioni asteriscate(\*\*\*) comporta l’esclusione dalla graduatoria dei beneficiari.**

Cagli, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/la dichiarante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\*\*\*)

**SI ALLEGA:**

|\_| Attestazione ISEE in corsi di validità.

|\_| Certificato invalidità.

|\_| Certificato rilasciato dai servizi sociali o competenti servizi Asur

**|\_| Fotocopia del documento di riconoscimento senza autenticazione della sottoscrizione (\*\*\*)**

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679**

|  |  |
| --- | --- |
| **Titolare del trattamento** | Comune di CAGLI - Piazza Matteotti n. 1, CAP 61043 Cagli (PU)  Posta elettronica:  [municipio@comune.cagli.ps.it](mailto:municipio@comune.cagli.ps.it )  PEC: [comune.cagli@emarche.it](mailto:comune.cagli@emarche.it)  Telefono centralino : 072178071  UFFICIO COMPETENTE: Ufficio Assistenza  Posta elettronica ufficio competente:  [m.martinelli@comune.cagli.ps.it](mailto:m.martinelli@comune.cagli.ps.it )  PEC ufficio competente: [comune.cagli.sviluppoeconomico@emarche.it](mailto:comune.cagli.sviluppoeconomico@emarche.it)  Telefono ufficio competente: 0721.780726-780746 |
| **Responsabile della**  **protezione dati** | Posta elettro[nica:](mailto:urp@comune.pesaro.pu.it) [t.giovannelli@comune.cagli.ps.it](mailto:t.giovannelli@comune.cagli.ps.it)  Telefono 0721/780746 - 780726 |
| **Finalità** | **Sostenere le persone e i nuclei in situazione di disagio economico** I dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l’istruttoria, definizione ed archiviazione dell’istanza formulata e per le finalità strettamente connesse (I dati potranno essere utilizzati anche a fini di controllo, per altri trattamenti aventi analoghe finalità, in area sociale). |
| **Base giuridica** | Il trattamento è autorizzato ed è necessario per:  - l'esecuzione di un compito di interesse pubblico connesso all'esercizio di pubblici poteri (ex art. 6 p. 1 lett. e) – erogazione di Buoni Spesa.  il trattamento è autorizzato in particolare, ai sensi delle seguenti normative: (Legge n. 328/2000; Legge n. 124/2013; Decr. Min. Infr. E Trasporti 30/3/2016 e successivi; L. 431 / 98; art. 2 sexies, lett.m, del D.Lgs. 30.6.2003 n. 196 inerente il trattamento di categorie particolari di dati personali necessario per motivi di interesse pubblico rilevante ai fini della erogazione dei Buoni Spesa; Regolamento Comunale per l’erogazione di interventi/servizi Socio Assistenziale. |
| **Legittimi interessi perseguiti (in caso di trattamento in base all’art. 6 p. 1 lett. f)** | L'interesse specifico in questione deve essere identificato a beneficio dell'interessato. |
| **Categorie di dati personali** | Dati comuni tra cui Codice Fiscale e generalità; Situazione occupazionale, reddituale e patrimoniale; Dati sensibili: Stato di salute e ulteriori dati contenuti nella Dichiarazione Sostitutiva Unica DSU-ISEE che viene richiamata nella presente istanza e l’Ufficio Assistenza provvederà a scaricare direttamente dal sito dell’Inps. |
| **Destinatari dei dati personali** | I dati personali sono/possono essere comunicati per il controllo delle dichiarazioni rese all’Agenzia delle Entrate, alla Prefettura, alla Guardia di Finanza o altri Enti pubblici autorizzati al trattamento, per le stesse finalità sopra indicate e per verificare l’effettiva sussistenza dei requisiti richiesti per accedere al contributo. I dati personali andranno ad alimentare la banca dati SIUSS c/o INPS. Nell’ambito del procedimento i dati possono essere inoltre comunicati anche in forma massiva, ad ulteriori soggetti pubblici o privati autorizzati al trattamento, nei casi previsti dalle vigenti normative anche per fini statistici o per altre finalità pubbliche. |
| **Trasferimento dei dati personali a un Paese terzo o a un’organizzazione internazionale** | I suoi dati NON saranno trasferiti in Paesi terzi non appartenenti all’Unione Europea né ad organizzazioni internazionali. |
| **Periodo/criteri di conservazione** | I suoi dati personali potranno essere cancellati esclusivamente nei termini previsti dalla vigente normativa in materia di archiviazione e conservazione previa autorizzazione della Soprintendenza Archivistica competente per territorio. Per il procedimento in oggetto di norma il periodo di conservazione è permanente. |
| **Diritti dell’Interessato** | L’interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati, limitazione del trattamento, il diritto di opporsi ad un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione; il diritto alla cancellazione o alla trasformazione in forma anonima dei dati se trattati in violazione di legge. L’interessato ha inoltre:   * il diritto di opposizione per motivi legittimi inviando una raccomandata a.r. al Titolare del trattamento sopra indicato. * il diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati personali. |
| **Obbligatorietà della fornitura dei dati personali e le possibili conseguenze della mancata comunicazione di tali dati** | Il conferimento dei dati è obbligatorio per poter usufruire del beneficio in presenza dei requisiti; la conseguenza in caso di mancato conferimento dei dati comporta l’impossibilità di effettuare le verifiche previste e pertanto comporta la sospensione del procedimento. |
| **Fonte da cui hanno origine i dati personali** | I dati non raccolti direttamente dall’Interessato sono stati reperiti tramite accesso a banche dati interne e/o di altri enti pubblici anche ai fini della verifica del possesso dei requisiti, sempre e comunque per le finalità perseguite sopra indicate. |
| **Esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione** | Per il Trattamento in oggetto iI Comune di Cagli non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all’articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016. |

### Formula di consenso

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ai sensi e per gli effetti dell’art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, **ACCONSENTE** al trattamento dei dati personali da parte del Comune di Cagli secondo le modalità e nei limiti di cui all’informativa allegata ivi inclusi quelli considerati come categorie particolari.

Cagli, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\*\*\*)