**Sindaco del Comune di Priolo Gargallo**

 C/O **Ufficio Politiche Sociali**

 Via N. Fabrizi, s.n.

 96010 – Priolo Gargallo

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA CONCESSIONE DI “VOUCHER SPESA”**

In attuazione della Legge n.234 del 30.12.2021- Risorse aggiuntive per il potenziamento dei servizi sociali

Il sottoscritto (*cognome e nome*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a ­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

Residente a Priolo Gargallo via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cellulare obbligatorio necessario per la ricezione del buono spesa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PRESENTA**

istanza per la concessione di “VOUCHER SPESA” in attuazione della legge n. 234 del 30/12/2021 e a tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del Dpr 445 del 28 dicembre 2000, e consapevole che quanto dichiarato è accertabile ai sensi dell’art. 43 del citato Dpr 445 del 28 dicembre 2000, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti,

**DICHIARA**

- di essere in possesso della:

1. [ ] Cittadinanza italiana
2. [ ] Cittadinanza dello Stato ...............................................................appartenente all’Unione Europea
3. [ ] Cittadinanza di uno Stato non appartenente all’Unione Europea in possesso di regolare titolo di soggiorno

- di essere residente nel Comune di Priolo Gargallo

Indirizzo…………………………………………………………………………………………………………………

Recapito telefonico *(preferibilmente cellulare) ………………………………………………………………………*

– che il proprio nucleo familiare, compreso il sottoscritto, è composto come segue:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e nome**  | **Relazione di parentela****Con il richiedente** | **Data di nascita** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*- Che il Reddito* **ISE** (**Indicatore Situazione Economica) anno 2022** *del nucleo familiare ammonta ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

- che il proprio nucleo famigliare ha goduto nell’anno in corso o gode attualmente dei seguenti benefici da parte dell’Ufficio Servizi Sociali:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- che il richiedente o un componente della propria famiglia è assegnatario dei seguenti sostegni pubblici: (*es. Reddito di Cittadinanza, Reddito di inclusione, Indennità di mobilità, NASPI, Cassa Integrazione Guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale e/o regionale*)

(***SPECIFICARE PER OGNI SOGGETTO DEL NUCLEO INDICATO***)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- di essere economicamente impossibilitato all’acquisto di generi di prima necessità a causa degli effetti economici derivanti dal caro vita, per:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* che nel proprio nucleo familiare è presente un componente con disabilità ai sensi della legge 104/92 art.3 comma 3 SI NO

[ ] stato di disoccupazione/inoccupazione propria e/o di altri componenti della propria famiglia senza percezione di ammortizzatori sociali;

(*specificare*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] altro *(specificare altre eventuali situazioni non summenzionate e la condizione di ciascun componente del nucleo es. lavoratore autonomo, dipendente ecc….)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL’ARTICOLO 13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679**

Ai sensi dell’articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito “GDPR 2016/679”), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti relativamente al trattamento dei dati personali, si informa che i dati personali forniti saranno trattati nel rispetto della normativa richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuto il Comune esclusivamente per il perseguimento delle finalità istituzionali dell'Ente.

Priolo Gargallo, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma (del richiedente ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ATTENZIONE: LE DOMANDE CARENTI E/O NON COMPLETATE IN TUTTE LE LORO PARTI ESSENZIALI ANCHE PER CIASCUN COMPONENTE DEL NUCLEO NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE DALL’AMMINISTRAZIONE COMUNALE E QUINDI ESCLUSE DAL BENEFICIO**

**SI ALLEGA:**

* **Documento di riconoscimento in corso di validità;**
* **Attestazione ISEE in corso di validitaàdei componenti l’intero nucleo familiare in corso di validità;**
* **Copia della certificazione di invalidità ai sensi della legge n. 104/92 art. 3 comma 3 (solo se dichiarato)**

A cura dell’Ufficio **TOT. Punti**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_