



Città di Paliano  
PROVINCIA DI FROSINONE

Al Comune di PALIANO  
Ufficio Servizi Sociali

**“INTERVENTI DI SOLIDARIETA’ IN FAVORE DI CITTADINI FRAGILI IN  
CONSEGUENZA DELL’EMERGENZA COVID-19”**

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

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

domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**CHIEDE**

**di essere ammesso alle misure di solidarietà attivate dal Comune di Paliano per contrastare l'emergenza COVID-19:**

- buono spesa per l'acquisto di alimenti e beni di prima necessità**
- buono spesa per l'acquisto dei farmaci**

A tal fine, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 D.P.R. n.445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D.P.R.

**DICHIARA**

- di aver preso visione dell'Avviso relativo alla presente istanza, di accettare tutte le condizioni in esso previste e di essere in possesso dei requisiti di ammissibilità richiesti;
- di essere **RESIDENTE / DOMICILIATO** nel Comune di Paliano (**barrare l'opzione non pertinente**);
- per i cittadini stranieri non UE: di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità;

che il proprio nucleo familiare si trova in una delle seguenti condizioni:

- cittadini in carico ai servizi sociali comunali e/o distrettuali;
- nucleo familiare privo di reddito;
- inoccupato;
- disoccupati non accompagnati da ammortizzatore sociale attivo, salvo la rappresentazione di situazioni eccezionali di disagio economico;
- singoli e nuclei familiari che si trovino in una situazione di bisogno a causa dell'emergenza derivante dalla epidemia da Covid- 19, previa autocertificazione soggetta a successiva verifica che ne attesti lo stato; (**specificare le motivazioni**):

---

di **NON ESSERE** beneficiario di altre forme di sostegno al reddito e di contrasto alla povertà;  
 di **ESSERE** beneficiario di altre forme di sostegno al reddito e/o di contrasto alla povertà erogate da Enti pubblici (**specificare**):

- Reddito di cittadinanza - importo € \_\_\_\_\_
- REI - importo € \_\_\_\_\_
- NASPI - importo € \_\_\_\_\_
- Cassa integrazione - importo € \_\_\_\_\_
- Indennità di disoccupazione - importo € \_\_\_\_\_
- Indennità di invalidità civile /accompagnamento - importo € \_\_\_\_\_
- Altre indennità (Inail, Assist. economica ecc.) (***specificare***) \_\_\_\_\_ importo € \_\_\_\_\_
- Altro (***specificare***) \_\_\_\_\_ importo € \_\_\_\_\_

**Dichiara** altresì:

- che il proprio nucleo familiare vive in:

- Abitazione di proprietà
- Locazione alloggio pubblico
- Locazione alloggio privato - importo canone mensile € \_\_\_\_\_
- Comodato di uso gratuito
- Altro: \_\_\_\_\_

- **che nessun'altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato medesima istanza di accesso al presente beneficio.**

Indicare eventuali altre informazioni ritenute utili per l'esame dell'istanza:

---

### ALLEGA

- Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;
- per i cittadini stranieri non UE: copia del titolo di soggiorno in corso di validità;
- Autocertificazione dello stato di famiglia del beneficiario (Allegato n.1 al Modello di istanza);
- Altro (***specificare***) \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente  
\_\_\_\_\_



Città di Paliano  
PROVINCIA DI FROSINONE

### INFORMATIVA PRIVACY

Si informa che, ai sensi della normativa vigente, i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, saranno trattati, anche facendo uso di strumenti informatici, al solo fine di consentire l'attività di valutazione e di erogazione dell'intervento, nel rispetto della vigente normativa (GDPR 679/2016).

Titolare del trattamento dei dati è il Comune di Paliano nella persona del Legale Rappresentante. Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile del 4° Settore Servizi Socio Culturali.

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi della normativa vigente (GDPR 679/2016), presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità previste dagli **“Interventi di solidarietà in favore di cittadini fragili in conseguenza dell'emergenza COVID-19”**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente  
\_\_\_\_\_

**Allegato n. 1 al Modello di istanza per "Interventi di solidarietà  
in favore di cittadini fragili in conseguenza dell'emergenza COVID-19"  
Comune di Paliano**

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI FAMIGLIA**  
(ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il/La sottoscritto/a (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

in qualità di richiedente per l'accesso agli **interventi di solidarietà attivati dal Comune di Paliano per contrastare l'emergenza COVID-19.**

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione, ai sensi dell'art. 75 del suddetto DPR.

**DICHIARA**

che il proprio lo stato di famiglia è il seguente:

Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_