



COMUNE DI TERNO D'ISOLA
PROVINCIA DI BERGAMO

Terno d'Isola, 03.04.2020

AVVISO

L'Amministrazione comunale, in ottemperanza dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, nonché l'Ordinanza Sindacale n. 5 del 31/03/2020; informa la cittadinanza di Terno d'Isola che versa nella condizione di difficoltà socio-economica, causata dall'emergenza epidemiologica del COVID-19, che è **possibile presentare istanza per l'ottenimento dei "Buoni spesa", a partire dal giorno:**

Lunedì 06 Aprile 2020 dalle ore 9.00 alle ore 12.00, chiamando al numero telefonico: 371.1865668, dal Lunedì al Venerdì, oppure inviando al seguente indirizzo mail: protocollo@comune.ternodisola.bg.it copia dell'Autocertificazione compilata e completa in ogni sua parte (allegando copia della carta d'identità del richiedente e per soggetti allergici copia del certificato che attesti la patologia). Il modello dell'Autocertificazione verrà caricato sul sito istituzionale, entro il giorno Lunedì 06 Aprile 2020.

IL SINDACO

Gianluca Sala

AL SINDACO DEL COMUNE DI
TERNO D'ISOLA

Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: Richiesta buoni spesa utilizzabili per l'acquisto di generi alimentari, di cui all'Ordinanza n. 658 del 29.03.2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile.

AUTOCERTIFICAZIONE FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

residente a _____ (prov. _____) in via _____ n° _____

n° telefono cell. _____ email _____

se straniero n. permesso di soggiorno _____ scadenza _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall' art. 76 del D.P.R. 445 del 2000

DICHIARA:

- di essere residente presso il Comune di Terno d'Isola;
- Che il proprio nucleo familiare:
 - si trova in stato di bisogno socio-economico a seguito dell'emergenza COVID-19;
 - risulta essere così composto:

Parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

non è già assegnatario di sostegno pubblico (es. Reddito di Cittadinanza, Rei, emolumenti pensionistici INPS - INAIL ecc).

è già assegnatario di sostegno pubblico _____ e l'importo netto € _____ (specificare la tipologia di sostegno).

DICHIARA inoltre CHE:

croettare le casistiche corrette

- che all'interno del suo nucleo familiare monoreddito sono presenti n. _____ minori di anni 18,
- di essere una persona con più di 65 anni con pensione minima, pensione sociale o non percepenti pensione,
- che all'interno del suo nucleo monoreddito sono presenti disabili in situazione di fragilità economica;
- che all'interno del suo nucleo è presente un soggetto beneficiario del Reddito di cittadinanza attualmente sospeso, revocato e/o decaduto per motivazioni inerenti pratiche di tipo economico;
- di non avere all'interno del proprio nucleo familiare dei percettori di reddito.
- che all'interno del suo nucleo familiare sono presenti una o più persone con rapporto di lavoro parasubordinato, di rappresentanza commerciale o di agenzia con riduzione della retribuzione lorda mensile
- che all'interno del suo nucleo familiare sono presenti una o più persone libero professionista e/o lavoratore autonomo con riduzione del proprio fatturato in conseguenza della chiusura o della restrizione della propria attività lavorativa operata a seguito delle disposizioni adottate;
- che a seguito di malattia o decesso, intervenuta all'interno dell'emergenza Covid- 19, il proprio conto corrente risulta congelato e/o si è nell'impossibilità temporanea dei propri beni e/o non si possiedono strumenti di pagamento elettronici e si è nella non disponibilità di famigliari/conviventi o figli di provvedere a tale sostentamento.
- persona singola o nucleo familiare in condizione di fragilità economica e che si trova nella condizione di continuare a sostenere un affitto mensile non congelato da corrispondere sulla prima casa di residenza del nucleo e/o sull'immobile che consente l'attività lavorativa (se libero professionisti e lavoratori autonomi);
- assenza di reddito.
- perdita del lavoro per licenziamento; accordi aziendali o sindacali con consistente riduzione dell'orario di lavoro; cassa integrazione ordinaria o straordinaria.

DICHIARA CHE:

- in data 31/12/2019 erano presenti come SALDO COMPLESSIVO sui conti correnti INTESTATI a componenti del nucleo familiare:
 - da 0 a € 2.500,00;
 - da € 2.500,01 a € 5.000,00;
 - da € 5000,01 a € 7.500,00;
 - superiore a € 7.500,00 (* in questo caso l'aiuto economico, salvo situazioni di congelamento e/o non disponibilità temporanea, verrà valutato in un secondo momento, fino ad esaurimento fondi).
- Il sottoscrittore dichiara di essere informato che ai sensi degli artt. 13-14 del RGPD-UE 2016/679 i dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da presentata e per le finalità ad essa connesse. Il trattamento dei dati è effettuato con strumenti sia cartacei che

informatici e sarà svolto nel rispetto delle misure di sicurezza stabilite nel Regolamento comunale assunto in materia. La mancata comunicazione dei dati comporta la non adozione del provvedimento richiesto. Può essere esercitato il diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione e/o cancellazione dei dati previsto dagli artt.15-22 del Regolamento UE 2016/679;

- Con la firma in calce autorizza e presta il consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi e per gli effetti della normativa nazionale (D.Lgs. 196/03 come novellato dal D.Lgs. 101/18) e europea (Regolamento UE 679/16) in materia di privacy, per la finalità connessa all'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 30/03/2020 che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.
- di essere informato, ai sensi dell'art.71 del D.P.R. n.445/2000, che l'Amministrazione Comunale potrà effettuare idonei controlli per la verifica di quanto sopra dichiarato con eventuale esibizione anche di documentazione a supporto (incluso Isee nucleo familiare e pezze giustificative degli acquisti effettuati)

DICHIARA inoltre di scegliere i seguenti Market:

- EUROSPIN
- TERNO COOP

DICHIARA inoltre di scegliere i seguenti Commercianti del territorio:

- PANIFICIO LODOVICI
- PANIFICIO RECANATI
- LA BOTTEGA DELLA FRUTTA (PIAZZA)
- IL PIACERE DELLA FRUTTA (VIA ROMA)
- POLLERIA ROSTICCERIA COLLEONI (SOLO MARTEDÌ MATTINA)
- SPACCIO AGRICOLO TELI LUCIO (SOLO PRENOTAZIONE TELEFONICA 3405141440)

DICHIARA infine:

- Conservare le ricevute fiscali/fatture delle derrate acquistate che verranno da me esibite in caso di opportune verifiche.

-Si allega:

- **Copia di un documento valido di riconoscimento del richiedente e per i soggetti allergici copia del certificato che attesti la patologia.**

Data _____

Firma _____

L'Amministrazione comunale potrà effettuare dei controlli a campione sulle dichiarazioni effettuate, avvalendosi nel caso delle Autorità competenti

L'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Il RESPONSABILE DELL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI Dott. Emanuele Blandizzi

riconosce all'interessato, sulla scorta dell'autodichiarazione prodotta,

n. ___ buoni spesa per un totale pari ad € _____

n. ___ EUROSPIN

n. ___ TERNO COOP

n. ___ PANIFICIO LODOVICI

n. ___ PANIFICIO RECANATI

n. ___ LA BOTTEGA DELLA FRUTTA (PIAZZA)

n. ___ IL PIACERE DELLA FRUTTA (VIA ROMA)

n. ___ POLLERIA ROSTICCERIA COLLEONI (SOLO MARTEDÌ MATTINA)

n. ___ SPACCIO AGRICOLO TELI LUCIO (SOLO PRENOTAZIONE TELEFONICA 3405141440)

Data _____

Firma _____

A CURA DELL'INCARICATO PUBBLICO

Il sottoscritto _____

ritiro per ricevuta n. ___ buoni spesa per un totale pari ad € _____ .

Data _____

Firma cittadino _____

Firma l'Incaricato pubblico _____