



COMUNE DI LANUVIO

Medaglia d'argento al Merito Civile
✓ Città Metropolitana di Roma Capitale



P.I. 01117281004 C.F. 02784710580 Tel 06937891 Fax 0693789229 www.comune.lanuvio.rm.it

UFFICIO: SERVIZI SOCIALI ISTANZA RICHIESTA BUONI SPESA/BUONI FARMACI

(In presenza di documentazione contenente dati sensibili, la presente istanza può essere prodotta in busta chiusa)

Oggetto: Istanza diretta ad ottenere la fruizione di un intervento di Buoni Spesa/Buoni Farmaci. I dati qui riportati sono resi dal richiedente sotto la sua personale responsabilità ed hanno valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione e di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi degli artt. n. 46, n.47 e n.76 comma 1 del D.P.R. n. 445/2000.

*Al Sig. Sindaco
Al Responsabile del V Settore
del Comune di Lanuvio*

Il Sottoscritto/a.....

Nato/a a Il

Di cittadinanza.....

Residente in Via.....

Tel..... Cell.

Cod. Fisc.

CHIEDE

Il seguente intervento economico:

BUONI SPESA;

BUONI FARMACI (in fascia C di cui si allega relativa prescrizione medica);

DICHIARA

-Di essere residente/domiciliato nel Comune di Lanuvio;

Per i cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea, il possesso di un regolare permesso di soggiorno in corso di validità;

-Di essere:

in carico ai servizi sociali comunali e/o distrettuali;

Oppure:

in caso si tratti di nucleo familiare non in carico ai servizi sociali:

-Autocertifica di trovarsi in una situazione di bisogno a causa dell'emergenza derivante dalla epidemia da Covid-19 per la seguente motivazione:

-Di avere un'attestazione ISEE in corso di validità;

-Di avere un patrimonio mobiliare inferiore ad €20.000,00 (desumibile da ISEE);

-Che il proprio nucleo familiare, nel mese corrente:

non è beneficiario di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà erogate da Enti pubblici;

oppure

è beneficiario delle seguenti forme di sostegno al reddito e alla povertà erogate da Enti pubblici:

Reddito di Cittadinanza pari ad € _____ mensili;

Reddito di Inclusione pari ad € _____ mensili;

Cassa Integrazione pari ad € _____ mensili;

NASPI pari ad € _____ mensili;

Altro – indicare: _____ pari ad € _____ mensili;

(barrare le voci interessate)

- Che il proprio nucleo familiare risultante dallo stato anagrafico è così composto:

DICHIARANTE:

1)NOME E COGNOME: _____;

LUOGO e DATA DI NASCITA: _____;

FAMIGLIA MONOGENITORIALE (genitore vedovo, con affidamento esclusivo dei figli, unico genitore ad aver riconosciuto il figlio);

POSSESSO CERTIFICAZIONE L. 104/1992;

ATTIVITA' SOSPESA/CESSATA/RIDOTTA A CAUSA COVID nel corso dell'anno 2020

(licenziamento, cassa integrazione, riduzione orario lavoro, attività sospesa a seguito di provvedimenti del governo)

PERCETTORE di Reddito di Cittadinanza:

NO

Si importo mensile percepito: € _____

Richiede i farmaci in fascia C) di cui all'allegata prescrizione medica;

ALTRI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE:

2)NOME E COGNOME: _____;

LUOGO e DATA DI NASCITA: _____;

POSSESSO CERTIFICAZIONE L. 104/1992;
 ATTIVITA' SOSPESA/CESSATA/RIDOTTA A CAUSA COVID nel corso dell'anno2020
(licenziamento, cassa integrazione, riduzione orario lavoro, attività sospesa a seguito di provvedimenti del governo)

PERCETTORE di Reddito di Cittadinanza:

NO
 Si importo mensile percepito: € _____

Richiede i farmaci in fascia C) di cui all'allegata prescrizione medica;

3)NOME E COGNOME: _____;

LUOGO e DATA DI NASCITA: _____;

POSSESSO CERTIFICAZIONE L. 104/1992;
 ATTIVITA' SOSPESA/CESSATA/RIDOTTA A CAUSA COVID nel corso dell'anno2020
(licenziamento, cassa integrazione, riduzione orario lavoro, attività sospesa a seguito di provvedimenti del governo)

PERCETTORE di Reddito di Cittadinanza:

NO
 Si importo mensile percepito: € _____

Richiede i farmaci in fascia C) di cui all'allegata prescrizione medica;

4)NOME E COGNOME: _____;

LUOGO e DATA DI NASCITA: _____;

POSSESSO CERTIFICAZIONE L. 104/1992;
 ATTIVITA' SOSPESA/CESSATA/RIDOTTA A CAUSA COVID nel corso dell'anno2020
(licenziamento, cassa integrazione, riduzione orario lavoro, attività sospesa a seguito di provvedimenti del governo)

PERCETTORE di Reddito di Cittadinanza:

NO
 Si importo mensile percepito: € _____

Richiede i farmaci in fascia C) di cui all'allegata prescrizione medica;

5)NOME E COGNOME: _____;

LUOGO e DATA DI NASCITA: _____;

POSSESSO CERTIFICAZIONE L. 104/1992;
 ATTIVITA' SOSPESA/CESSATA/RIDOTTA A CAUSA COVID nel corso dell'anno2020
(licenziamento, cassa integrazione, riduzione orario lavoro, attività sospesa a seguito di provvedimenti del governo)

PERCETTORE di Reddito di Cittadinanza:

NO
 Si importo mensile percepito: € _____

Richiede i farmaci in fascia C) di cui all'allegata prescrizione medica;

6)NOME E COGNOME: _____;

LUOGO e DATA DI NASCITA: _____;

] POSSESSO CERTIFICAZIONE L. 104/1992;

] ATTIVITA' SOSPESA/CESSATA/RIDOTTA A CAUSA COVID nel corso dell'anno 2020 (licenziamento, cassa integrazione, riduzione orario lavoro, attività sospesa a seguito di provvedimenti del governo)

PERCETTORE di Reddito di Cittadinanza:

] NO

] Si importo mensile percepito: € _____

] Richiede i farmaci in fascia C) di cui all'allegata prescrizione medica;

La documentazione inerente la valutazione di cui ai successivi criteri, deve essere obbligatoriamente allegata alla presente domanda per l'ottenimento dei relativi punteggi.

- Che l' Indicatore della Situazione Economica Equivalente resa ai sensi del DPCM 159/13 è il seguente

€.....

- Di avere diritto ai seguenti punteggi:

] ISEE: da €0 a €4.000,00 P.100

] ISEE: da €4.001,00 a €5.500,00 P.80

] ISEE: da €5.5001,00 a €7.500,00 P.60

] ISEE: da €7.501,00 a €10.000,00 P.30

] ISEE: oltre €10.001,00 P.0

SPECIFICARE TOTALE.....

numero componenti nucleo anagrafico

] n.1 P.10

] n. 2 P.40

] n. 3 P.50

] n. 4 P.60

] n. 5 P.80

] n. 6 ed oltre P.100

] Famiglia monogenitoriale P.5

SPECIFICARE TOTALE.....

] situazione di handicap grave ai sensi P. 30

L.104/92

(per ogni persona certificata)

SPECIFICARE TOTALE.....

] Attività lavorativa sospesa/cessata/ridotta

a causa COVID nel corso dell'ano 2020

Indicare motivazione e allegare relativa documentazione P. 200

] contratto regolare di affitto o
mutuo ipotecario bancario:

P.100

[] non aver percepito i buoni spesa “Bando Bene Comune
Erogati dal Comune il 04/11/2020

P.150

N.B. La documentazione richiesta va obbligatoriamente allegata alla presente domanda. Non sarà possibile per l'ufficio valutare opportunamente o ritenere valide le domande incomplete.

- *Di essere a conoscenza che le dichiarazioni mendaci saranno perseguite ai sensi di legge e l'eventuale beneficio in argomento revocato e recuperato;*
- *Di essere a disposizione in qualsiasi momento dell'Ufficio Servizi Sociali per ogni richiesta di notizie e produzione di documenti al seguente numero telefonico: _____;*
- *Di autorizzare l'Amministrazione Comunale al trattamento dei dati personali propri e dei propri familiari previsto dalle leggi e dai regolamenti comunali;*
- *Di essere informato che i dati da me riportati saranno trattati dagli uffici interessati ai fini del servizio, sia in forma cartacea che informatica, anche al fine di operare il doveroso controllo sulla veridicità delle presenti dichiarazioni propedeutico alla redazione della graduatoria;*
- *Di accettare le disposizioni di cui al Bando approvato con determinazione n.290 del 14/12/2020;*

Lanuvio lì,

IL RICHIEDENTE

.....

DOCUMENTI ALLEGATI:

(barrare quelli presentati contestualmente all'istanza)

[]DSU /e/o attestazione ISEE in corso di validità resa ai sensi del D.P.C.M.
159/13;

[]Fotocopia documento d'identità personale;

[]Copia Permesso o Carta Soggiorno;

[]Se invalido: fotocopia certificazione ai sensi della Legge 104/92;

[]Copia contratto regolare di affitto o copia atto di mutuo;

[]Copia: lettera licenziamento, riduzione orario di lavoro, cassa integrazione, ecc,;

[]Altra documentazione comprovante quanto dichiarato ai fini dell'ottenimento del punteggio in graduatoria:

(descrivere)

.....
.....
.....

Lanuvio lì,

L RICHIEDENTE

.....

BUONI SPESA/BUONI FARMACI

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS. 196/2003 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 13 del D. Lgs. 196/03, La informiamo che i dati personali e sensibili da Lei forniti e quelli che eventualmente fornirà anche successivamente nell'ambito della richiesta di **BUONI SPESA/BUONI FARMACI** formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata.

1. I dati da Voi forniti verranno trattati per le seguenti finalità:
 - pratiche amministrative relative all'istruttoria per la verifica dei requisiti per la formazione della graduatoria
2. Il trattamento sarà effettuato secondo le seguenti modalità: manuale-cartaceo ed informatizzato con strumenti elettronici in rete e con accesso ad internet, nel rispetto della normativa vigente e comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e riservatezza.
3. I dati potranno anche essere comunicati e trattati da altri enti pubblici e privati coinvolti nell'attività di gestione del servizio.
4. Il trattamento potrà riguardare anche dati personali "sensibili". In particolare relativi a:
 - abitudini alimentari
 - condizioni generali di salute
 - certificati attestanti particolari patologie influenti sulla conoscenza di base dei componenti il nucleo familiare.
5. Il conferimento dei dati è obbligatorio, l'eventuale rifiuto di fornire tali dati comporta l'impossibilità da parte nostra di erogare i servizi ed adempiere agli obblighi nei suoi confronti.
6. Il Titolare del trattamento è il Comune di LANUVIO con sede in Lanuvio Via ROMA, 20 Il responsabile del trattamento è la Responsabile del V Settore nella persona dell'Avv. LARA NUCCIARELLI del Comune di LANUVIO. Per qualsiasi informazione o comunicazione in merito è possibile contattare l'Ufficio Servizi Sociali tel. 06/93789203 fax. 06/93789229 e-mail: lara.nucciarelli@comune.lanuvio.rm.it
7. La informiamo altresì che, in relazione ai predetti trattamenti, potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003.