

Spett.le

Comune di Nave

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**“MISURE A SOSTEGNO DEI CITTADINI DERIVANTI DALL’EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19.
ASSEGNAZIONE DI UN CONTRIBUTO ECONOMICO PER IL PAGAMENTO DELLE UTENZE DOMESTICHE”**

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ Prov. _____

in via _____ n. _____ CAP _____

telefono _____

codice fiscale _____

CHIEDE**la concessione del contributo per il pagamento delle utenze domestiche**

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità degli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA**(segnare con una X le dichiarazioni)**

- Che il nucleo familiare è così composto:

| Grado di parentela | Nome e cognome | Data di nascita | Professione |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- Di essere residente nel Comune di _____;

- Di essere cittadini/e italiani/e o di un paese appartenente all'Unione Europea o essere cittadini/e stranieri/e titolari di permesso CE per soggiornanti a lungo periodo o di permesso di soggiorno in corso di validità o che abbiano presentato domanda di rinnovo ed in possesso di ricevuta;
 - Di possedere un'attestazione ISEE pari ad euro _____ rilasciato il _____; (allegare copia ISEE 2021);
 - Uno dei componenti del nucleo familiare o il richiedente è beneficiario del Reddito di Cittadinanza;
 - Uno dei componenti del nucleo familiare o il richiedente è beneficiario del Reddito di Emergenza;
 - Di essere/ di essere stato in una condizione di vulnerabilità per una delle seguenti motivazioni (barrare la/le situazione/i ricorrente/i):
 - perdita del posto di lavoro del sig./sig.ra _____ dal _____ (allegare lettera di avvenuto licenziamento o ultima busta paga dove si evinca l'ultimo giorno lavorativo);
 - mancato rinnovo dei contratti a termine del sig./sig.ra _____ dal _____ (allegare comunicazione di mancato rinnovo del contratto a termine o ultima busta paga dove si evinca l'ultimo giorno lavorativo);
 - riduzione dell'orario di lavoro del sig./sig.ra _____ dal _____ al _____ (allegare comunicazione del datore di lavoro o C.U. 2021 e C.U. 2020, oppure tutte buste paghe 2021 e 2019);
 - di essere in cassa integrazione ordinaria o straordinaria, con riduzione della capacità reddituale dal _____; (allegare comunicazione del datore di lavoro e/o buste paga dell'anno 2019 e tutte buste paghe 2021 ove si evinca la modifica reddituale);
 - di aver subito una riduzione del fatturato di attività libero-professionale o di impresa registrata del sig./sig.ra _____ dal _____ tipologia di attività commerciale _____ (allegare fatture/dichiarazione trimestrale IVA per il periodo 2021 e modello unico 2020/dichiarazioni trimestrali IVA anno 2019);
 - di aver cessato l'attività libero-professionale o di impresa registrata del sig./sig.ra _____ dal _____ tipologia di attività commerciale _____ (allegare dichiarazione di cessazione attività nel periodo successivo al 01 marzo 2020);
 - che in famiglia si è verificata la malattia grave del sig./sig.ra _____, componente percettore di reddito, dal _____; (allegare documentazione medica comprovante lo stato di salute);
 - che in famiglia si è verificato il decesso di un componente percettore di reddito: sig./sig.ra _____ il giorno _____;
 - di essere a conoscenza che il Comune, ai sensi del DRP 445/2000, potrà procedere ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che, qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.
 - **Di comunicare i seguenti estremi di c/c intestato al RICHIEDENTE per l'accredito del contributo:**
 Banca/Posta _____
 IBAN: _____
- (ALLEGARE ESTREMI IBAN)
- ALLEGA**
- Documentazione richiesta comprovante i requisiti comprovanti la situazione di disagio economico dovuta all'emergenza sanitaria covid-19,
 - Copia documento d'identità del richiedente in corso di validità;

- Copia attestazione ISEE 2021;
- Copia delle bollette di utenze domestiche (gas-metano o altra fonte di riscaldamento; acqua, elettricità) con scadenza di pagamento nel periodo 01/01/2021-31/10/2021;

TALE DOCUMENTAZIONE DEVE ESSERE CONSEGNATA GIÀ COMPILATA E CON TUTTI GLI ALLEGATI FOTOCOPIATI.

Luogo e data

In fede



INFORMATIVA SEMPLIFICATA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL R.EU 679/2016

Comune di Nave

M-PO04-06

PROT. 14956 1.7- 5/2018 DEL 31/10/2018

Informativa sul trattamento dei dati

Ai sensi del REU 679/2016 (Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali) il Comune di Nave, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, desidera informarLa che i suoi dati personali, verranno gestiti nel completo rispetto dei principi dettati dal Regolamento in materia di protezione dei dati personali.

L'informativa completa, l'elenco dettagliato delle aziende che per conto del comune tratteranno i dati e l'elenco dei Responsabili del trattamento è disponibile sul sito internet del comune all'indirizzo: www.comune.nave.bs.it nell'area Privacy e presso la segreteria.

Responsabile Protezione Dati (RPD)

L'ente ha identificato il Responsabile per la Protezione (DPO) nella persona dell'ing. Davide Bariselli tel 030-220185 e-mail privacy@barisellistudio.it a cui il cittadino può rivolgersi per esercitare i suoi diritti in tema di trattamento dei dati.

Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento è Il Comune di Nave con sede in Via Paolo VI 17, tel. 030-2537411
P.E.C: protocollo@pec.comune.nave.bs.it nella persona del suo Rappresentante legale protempore il Sindaco.

Il Titolare del Trattamento
Il sindaco

"Documento informatico firmato digitalmente ai sensi del T.U. D.P.R. n. 445/2000 e D. Lgs. n. 82/2005 e rispettive norme collegate, il quale sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa."

Per presa visione dell'informativa

Data _____

Firma _____