

**MISURE DI SOSTEGNO ALL’EMERGENZASOCIO-ASSISTENZIALE DA COVID-19 AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**DELLA REGIONE SICILIANA N. 124 DEL 28/03/2020**



Comune di Castell’Umberto

Città Metropolitana di Messina

**DICHIARAZIONE AGGIORNAMENTO CONDIZIONE ECONOMICA FAMILIARE PER L’ACCESSO ALLE MISURE DI SOSTEGNO PREVISTE DALLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 124 DEL 28/03/2020 E DAL D.D.G. N. 304 DEL 04 APRILE 2020 DEL DIPARTIMENTO REGIONALE DELLA FAMIGLIA E DELLE POLITICHE SOCIALI.**

*Intervento finanziario della regione Siciliana con Fondi POC SICILIA 2014/2020 e POR FSE SICILIA 2014/2020 – Asse 2, Inclusione Sociale, priorità di investimento 9.i – Obiettivo specifico 9.1 Azione di riferimento 9.1.3.*

**CUP: H69E20000380006**

**CIP: 2014.IT05.SFOP.014/2/9.1/7.1.1/0177**

Il sottoscritto/a……………………………………………………………………, nato/a a …………………………, il …………, residente a ………………..…., Via…………………………………………

Codice fiscale………………………………………………….

Cell………………

già beneficiario di Voucher/Buono Spesa, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all’art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

* Che, nel proprio nucleo familiare, non si sono verificati cambiamenti rispetto alle dichiarazioni contenute nell’istanza presentata per l’accesso ai buoni Spesa/voucher, per cui si confermano i dati già comunicati anche per il mese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OPPURE**

* Che, nel proprio nucleo familiare, si sono verificati i seguenti cambiamenti

|  |  |
| --- | --- |
| A | non percepire alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere; |
| B | non essere destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominata (indicativamente: Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione, ecc.); |
| C | *(in alternativa al punto B)* essere destinatario a valere su precedenti forme di sostegno pubblico,aqualsiasititoloecomunquedenominato,ovverodibuonispesa/vouchererogatiad  altro titolo per emergenza COVID-19, per un importo pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *specificare l’importo*  *(specificare l’importo)*; |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N | Cognome e Nome | Codice fiscale | Luogo e data di nascita | Parentela | Beneficio/reddito da lavoro percepito per il mese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Importo |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
|  |

* tra i componenti del nucleo familiare,individuai soggetti da coinvolgere nelle misure delle politiche attive del lavoro da intraprendere a cura dell’Amministrazione Regionale:

1. *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
2. *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
3. *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Castell’Umberto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA

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

*A PENA DI INAMMISSIBILITA’, E’ NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE*