



COMUNE DI CASTELNUOVO DI PORTO

(Città Metropolitana di Roma Capitale)

Piazza Vittorio Veneto, 16 - 00060 tel. 06-901740299 - tel./fax 90160015

ASSISTENZA ALLE FAMIGLIE IN SITUAZIONE DI CONTINGENTE INDIGENZA ECONOMICA

Al Comune di
Castelnuovo di Porto
Ufficio Politiche Sociali

Il/La sottoscritto/a

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

n. _____ Tel. _____ e-mail (obbligatoria) _____

Documento di riconoscimento: Tipologia _____

Numero _____ Rilasciato da _____

Luogo e data di rilascio _____ Data di scadenza _____

CHIEDE

L'erogazione di Buoni Spesa in proprio favore, a beneficio del proprio nucleo familiare, per l'acquisto di generi alimentari, prodotti di prima necessità, prodotti farmaceutici

A tal fine, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 sulle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dall'art. 75 sulla decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, il Comune di Castelnuovo di Porto si riserva di procedere ex post alla verifica di quanto dichiarato.

DICHIARA

- 1) di essere cittadino/a italiano/a;
 di essere cittadino/a di uno Stato appartenente all'Unione Europea;
 di essere cittadino/a di uno Stato non appartenente all'Unione Europea e di essere in possesso di permesso di soggiorno, in corso di validità;
- 2) di essere residente nel Comune di Castelnuovo di Porto.
- 3) che nessun altro componente del nucleo familiare ha fatto né farà richiesta finalizzata ad ottenere il medesimo beneficio in questo o in altri Comuni nell'anno corrente;



COMUNE DI CASTELNUOVO DI PORTO

(Città Metropolitana di Roma Capitale)

Piazza Vittorio Veneto, 16 - 00060 tel. 06-901740299 - tel./fax 90160015

4) che il nucleo familiare è così composto:

	COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARENTELA (*)

D I C H I A R A

altresì, per sé e per i componenti del proprio nucleo familiare, alla data della presentazione della domanda:

che i seguenti componenti percepiscono le seguenti altre forme a sostegno del reddito:

componente

beneficio

€/mensili

che nel proprio nucleo familiare è presente n. Soggetto/I disabile/i

che il Sign. _____ facente parte del nucleo familiare si trova attualmente in stato di occupazione/disoccupazione



COMUNE DI CASTELNUOVO DI PORTO

(Città Metropolitana di Roma Capitale)

Piazza Vittorio Veneto, 16 - 00060 tel. 06-901740299 - tel./fax 90160015

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- Di essere consapevole delle responsabilità penali a suo carico, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 relativo a falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 DPR 445/2000 e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del DPR, fatte salve in ogni caso, le sanzioni penali previste dall'art. 76;

- Di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati da parte della Guardia di Finanza c/o Istituti di credito e altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli artt. 4 comma 2 del D. Lgs 31.03.1998 n. 109 e art. 6 - comma 3 - del DPCM 7.05.12999 n. 221 e ss.mm., che potranno essere effettuati controlli sulla veridicità della situazione familiare dichiarata e confronti dei dati reddituali e patrimoniali con i dati in possesso del sistema informativo del Ministero delle Finanze.

- Di essere a conoscenza che il Comune, in sede di istruttoria, potrà esperire accertamenti tecnici ed ispezioni e ordinare esibizioni documentali, ed esonera il Comune da ogni responsabilità per eventuali disguidi imputabili a terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

Il sottoscritto si impegna a comunicare agli uffici competenti del Comune qualsiasi variazione economica e di sostegno che dovesse realizzarsi ed erogarsi successivamente alla presentazione di tale domanda.

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE AL PRESENTE MODULO

- Isee 2023 in Corso di validità
- Copia di un documento di identità in Corso di validità del richiedente
- Per i cittadini stranieri copia del permesso di soggiorno

Luogo e Data

Firma



COMUNE DI CASTELNUOVO DI PORTO

(Città Metropolitana di Roma Capitale)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi degli artt. 13-14 del GDPR 2016/679 General Data Protection Regulation)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n.2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue.

1. Finalità del trattamento

I dati da Lei forniti verranno utilizzati per la gestione del procedimento finalizzato all'erogazione del Servizio buono spesa/pacco alimentare/spese per prodotti farmaceutici in oggetto, ivi incluse le finalità di verifica e archiviazione.

2. Modalità del trattamento e conservazione

Il trattamento verrà effettuato con strumenti manuali/cartacei e con procedure informatiche e telematiche nell'ambito ed in ragione delle finalità sopra specificate e, comunque, sempre rispettando la sicurezza e la riservatezza degli stessi. Nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, ai sensi dell'art. 5 del Regolamento UE 2016/679, i dati saranno conservati per il tempo necessario al completamento del procedimento e in ogni caso, in coerenza con le norme vigenti in materia.

3. Conferimento dei dati

Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 è obbligatorio e l'eventuale rifiuto dell'autorizzazione comporta la rinuncia al procedimento.

4. Comunicazione e diffusione dei dati

Nel caso in cui per le finalità sopra specificate il servizio sia gestito in tutto o in parte da altro soggetto, i suoi dati verranno comunicati, come richiesto e/o previsto, ai singoli gestori che opereranno come responsabili per il trattamento connesso all'erogazione dei servizi di propria competenza. Nell'ambito del presente procedimento, i dati raccolti per l'espletamento delle finalità sopra specificate potranno essere comunicati in forma cartacea o informatica a soggetti anche esterni (intendendosi con tale espressione il darne conoscenza ad uno o più soggetti esterni determinati), in particolare alle farmacie comunali e agli esercizi commerciali aderenti all'iniziativa e individuati dal Comune di Castelnuovo di Porto per l'accettazione dei buoni spesa e altre forme di sostegno erogate.

5. Titolare e Responsabile del trattamento

Il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Castelnuovo di Porto, p.zza Vittorio Veneto n.16 , 00060 Castelnuovo di Porto (RM);

6. Diritti dell'interessato

In qualsiasi momento è possibile esercitare tutti i diritti indicati degli artt. 15 a 22 e dell'art. 34 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR), in particolare la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati, con comunicazione scritta da inviare al il Comune di Castelnuovo di Porto, p.zza Vittorio Veneto n.16 , 00060 Castelnuovo di Porto (RM); Tel. 06901740;o all'indirizzo mail

Ricorrendo i presupposti, Lei potrà proporre eventuale reclamo al Garante per la protezione dei dati personali (art. 77 del Regolamento UE- 2016/679 e artt. da 140-bis a 143 del Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al Regolamento). Il reclamo potrà essere consegnato a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di comunicazione scritta da inviare al Comune di Castelnuovo di Porto, p.zza Vittorio Veneto n.16 , 00060 Castelnuovo di Porto (RM); Tel. 06901740;

Il sottoscritto/la sottoscritta, alla luce dell'informativa ricevuta, con la sottoscrizione del presente modulo, **ACCONSENTE** al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa sopra riportata.

Castelnuovo di Porto, li

Firma.....