

Allegato n. 3

Approvato con Determinazione Responsabile Area Affari Generali
31/12/2020, n. 310 (R.G. n. 585)

Appignano

Al Comune di

Piazza Umberto I, n. 17
62010 Appignano (MC)

A mezzo PEC: comune.appignano@emarche.it

RICHIESTA DI ACCESSO A MISURE URGENTI DI SOSTEGNO A OPERATORI E LAVORATORI AUTONOMI SENZA MISURE DI PREVIDENZA E DI ASSICURAZIONE TRAMITE BUONI CORRISPETTIVO MULTIUSO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ C.F. _____
residente nel Comune di _____ in via _____
n. _____ e domiciliato/a in _____ via _____ n. _____ tel. _____
e-mail _____ identificato/a a mezzo _____
n. _____ rilasciato da _____ in data _____

CHIEDE

Di poter accedere alla misura di sostegno economico al reddito in oggetto, che prevede l'acquisizione di **buoni corrispettivo multiuso**, da utilizzare presso gli esercizi commerciali indicati nell'elenco pubblicato nel sito del Comune di APPIGNANO e, ai sensi dell'art. 46 DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- a) di aver preso visione dell'avviso pubblico relativo alla campagna di sostegno e di accettarne le condizioni e i requisiti;
- b) di possedere i seguenti requisiti:
 1. Di essere lavoratore autonomo o artigiano titolare di partita IVA;
 2. Di essere sprovvisto di forme di previdenza e di assicurazione anche private, di sostegno al reddito o di copertura in caso di malattia e di sospensione dell'attività lavorativa a causa del Covid-19;

3. Di aver avuto un periodo di chiusura e sospensione della propria attività, dal Al, dovuta ad uno stato di positività al Covid-19 ovvero a seguito di uno stato di quarantena certificata dal Dipartimento di Prevenzione dell'Asur Marche Area Vasta, a causa di un contatto con persona affetta da Coronavirus (che si allega in copia alla presente istanza), per cui allega alla presente la relativa certificazione o attestazione sanitaria;
4. Di non aver usufruito di altro risarcimento o indennizzo da parte di Assicurazioni e/o Fondi di Assistenza Sanitaria Integrativa.

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;
- di essere a conoscenza che in caso di false dichiarazioni potrà essere perseguito ai sensi del codice penale, nonché obbligato alla restituzione di quanto indebitamente ricevuto dal Comune;
- di essere a conoscenza che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati da parte degli organi competenti;
- 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 produrre la documentazione che il Comune riterrà necessario acquisire, nonché a fornire ogni notizia utile, nei termini e modalità richiesti. Il sottoscritto dichiara di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali al fine di beneficiare del contributo richiesto e di espletare gli opportuni controlli e verifiche.

Dichiara inoltre di essere consapevole che la presente richiesta sarà oggetto di istruttoria e valutazione da parte dei Servizi Sociali del comune che daranno comunque priorità ai richiedenti senza altra forma di sostegno al reddito.

Allega alla presente copia del certificato / referto relativo allo stato di positività al Covid-19 ovvero alla quarantena certificata rilasciato da

Informativa sul trattamento dei dati personali

Il Comune di Appignano informa che i dati raccolti tramite la compilazione del presente modulo e contenuti nell'allegato sono trattati esclusivamente per finalità di istruttoria amministrativa al fine della concessione della misura di sostegno al reddito per i soggetti interessati dal Covid-19.

I dati sono trattati con strumenti elettronici e da parte di soggetti appositamente incaricati del trattamento e tenuti al segreto d'ufficio sulle informazioni acquisite.

Le dichiarazioni rilasciate potranno essere oggetto di controllo e verifica, ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000.

I dati non saranno oggetto di diffusione. I dati potranno essere comunicati in caso di diritto di accesso da parte di consiglieri comunali per finalità di controllo o di autorità amministrative di controllo. I dati raccolti saranno conservati in modalità protetta ai fini amministrativo-contabili.

Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Appignano e responsabile del trattamento è il Responsabile dell'Area Affari Generali – dott.ssa Annalisa Spoletini.

Responsabile della protezione dei dati personali è il Segretario Comunale - dott. Fabio Trojani.

Si informa che in qualità di interessato al trattamento l'operatore che presenta l'istanza ha facoltà di esercitare i diritti previsti dagli articoli 15 e ss. del Regolamento 2016/679/UE (GDPR), tra cui si segnalano l'accesso alle proprie informazioni e ai fini di conoscere le finalità e modalità di trattamento e l'ambito di comunicazione. Inoltre, il diritto di integrazione o rettificazione e le altre facoltà.

Appignano, li _____

Firma
