

**ISTANZA PER LA CONCESSIONE DEL BENEFICIO UNA TANTUM
“BONUS NUCLEI FAMILIARI COLPITI DA COVID 19”**

Spett.le
COMUNE DI STRADELLA
Servizio Attività Socio Assistenziale Educativa
UFFICIO INTERVENTI SOCIALI
Via Marconi, 35
27049 Stradella (PV)
emergenzacovid@comune.stradella.pv.it
interventisociali@comune.stradella.pv.it

Il sottoscritto/a _____
codice fiscale _____
nato/a il __/__/____ a _____ provincia _____
stato estero di nascita _____
residente a _____
indirizzo (via e n. civico) _____
cittadinanza _____
telefono _____
e-mail _____

CHIEDE

di poter beneficiare del contributo una tantum “Bonus nuclei familiari colpiti da Covid 19”

DICHIARA

Ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, quanto segue:

di aver preso visione del Bando e di accettarne integralmente le condizioni;

di essere erede del/la Sig. /ra

Cognome Nome _____

Deceduto/a il _____ (Anno 2020 – Primo Semestre 2021)

Residente a Stradella

di agire anche per conto degli altri eventuali eredi;

in assenza di eredi, di risultare dall'anagrafe del Comune di Stradella, convivente con il/la Sig./ra

Cognome Nome _____

alla data del decesso avvenuto il _____
(Anno 2020 – Primo Semestre Anno 2021)

di aver contratto il Covid 19 e di essere stato ricoverato in struttura ospedaliera nell'anno 2020 o nel primo semestre 2021

di essere a conoscenza che il Comune di Stradella procederà, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese per la partecipazione all'avviso e a verifica del requisito in relazione agli elenchi forniti ufficialmente da ATS Pavia al Comune di Stradella.

In mancanza di tale requisito, in caso di ricovero, è possibile integrare la domanda con certificazione sanitaria rilasciata dal Medico di Medicina Generale La riscontrata non veridicità delle dichiarazioni comporterà la decadenza dei benefici eventualmente concessi con eventuale recupero coattivo della somma erogata.

A TAL FINE CHIEDE che il contributo venga versato sul conto corrente intestato a:

NOME E COGNOME
IBAN
ISTITUTO BANCARIO/POSTALE

INFORMATIVA AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 Art. 7 E DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI)

Tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati al Comune di Stradella saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Stradella.

Data __/__/____

IL DICHIARANTE _____

(firma leggibile)

ALLEGA

copia documento di identità in corso di validità;

copia del titolo di soggiorno o della ricevuta di rinnovo *(solo per richiedenti extraUE)*
