



FSE FONDO SOCIALE EUROPEO  
**SICILIA 2020**  
 PROGRAMMA OPERATIVO



**MISURE DI SOSTEGNO ALL'EMERGENZA SOCIO-ASSISTENZIALE DA COVID-19  
 AI SENSI DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE  
 DELLA REGIONE SICILIANA N. 124 DEL 28/03/2020**

**RIAPERTURA TERMINI**

**ISTANZA DI ACCESSO AD INTERVENTO SOCIO-ASSISTENZIALE  
 E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(art. 47 del D.P.R. 445/2000)

**La presente dichiarazione deve essere presentata solo da chi ha già usufruito del beneficio economico del buono spesa regionale con l'Avviso del 14.05.2020.**

**AL COMUNE DI SCICLI**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_,  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_, Tel/Cell \_\_\_\_\_, (e-  
 mail \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_

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, ai fini della corresponsione delle misure di sostegno previste dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 124 del 28/03/2020 e s.m.i. e dal D.D.G. n. 304 del 04 aprile 2020 del Dipartimento reg.le della Famiglia e delle Politiche Sociali per l'emergenza socio-assistenziale in dipendenza da COVID 19 -

**Sotto la propria personale responsabilità:**

**DICHIARA**

- di aver già percepito la somma totale di € \_\_\_\_\_ per buoni spesa/voucher per emergenza COVID-19 Fondo regionale PO - FSE;
- che la situazione economica del nucleo familiare è rimasta invariata.

Il dichiarante assume l'obbligo che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta al Comune in indirizzo, ovvero ad altro Comune.

Autorizza il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché alle Amministrazioni competenti per la verifica delle autocertificazioni.

Scicli \_\_\_\_\_

IL/LA DICHIARANTE

.....  
 (firma per esteso e leggibile)

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