

**RICHIESTA DI CONTRIBUTO ALIMENTARE SOTTO FORMA DI BUONI SPESA E BUONO  
FARMACO COVID-19  
AUTODICHIARAZIONE PER IL NUCLEO FAMILIARE**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi  
degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445

\_\_\_\_ I \_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_ nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_ provincia di  
\_\_\_\_ il \_\_\_\_ c.f.: \_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_ alla via \_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_ identificato a mezzo \_\_\_\_ nr.  
\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_ in data \_\_\_\_ utenza telefonica  
\_\_\_\_ mail \_\_\_\_ @ \_\_\_\_ (SCRIVERE IN STAMPATELLO)

Facente parte del nucleo familiare composto da:

- 1) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_
- 2) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_
- 3) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_
- 4) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_
- 5) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_
- 6) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_
- 7) Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76  
del D.P.R. 28/10/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità

**CHIEDE**

Di partecipare all' assegnazione, ai sensi della DGR 946 del 01/12/2020 del:

*(è possibile barrare anche entrambe le caselle)\**

- Contributo alimentare
- Buono farmaco

## DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA

(i campi contrassegnati con \* sono requisiti obbligatori per la partecipazione al bando)

- di essere residente nel Comune di Ciampino
- di essere persona senza fissa dimora che si trova sul territorio comunale
- di essere cittadino straniero non appartenente all'Unione Europea, in possesso di un regolare permesso di soggiorno in corso di validità

Di essere in carico ai servizi Sociali

 SI NO

- che i componenti del nucleo familiare possiedono conti correnti con saldo al 30/04/2021 non superiore ai € 3.000,00 complessivi \*
- che il reddito complessivo del nucleo familiare non ha superato la somma di € 8.000,00 al netto delle spese di locazione/mutuo nell'anno 2020\*
- che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato istanza \*

che il **reddito del nucleo familiare** deriva da (specificare barrando anche più di una casella) \*  
si ricorda che i redditi del nucleo familiare sono da intendersi come somma dei redditi di ciascun componente

- redditi da lavoro (indicare l'importo mensile) € \_\_\_\_\_
- reddito di cittadinanza (indicare l'importo mensile) € \_\_\_\_\_
- NASPI (indicare l'importo mensile) € \_\_\_\_\_
- Cassa integrazione (indicare l'importo mensile) € \_\_\_\_\_
- contributi INPS (indicare l'importo mensile) € \_\_\_\_\_
- pensioni (indicare l'importo mensile) € \_\_\_\_\_
- pensioni invalidità/indennità di frequenza (indicare l'importo mensile) € \_\_\_\_\_
- indennità di accompagnamento (indicare l'importo mensile) € \_\_\_\_\_
- redditi derivanti da locazioni (indicare l'importo mensile) € \_\_\_\_\_
- altro(indicare) \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_
- NESSUN REDDITO

che il nucleo familiare vive in un'abitazione di (barrare la casella corrispondente) \*:

- proprietà con rata mensile per mutuo pari a € \_\_\_\_\_,

locazione alloggio pubblico canone mensile € \_\_\_\_\_

locazione alloggio privato canone mensile € \_\_\_\_\_

comodato d'uso gratuito

altro \_\_\_\_\_

**Solo per il Buono farmaco (barrare la casella sottostante) \*:**

di avere una patologia che necessita il trattamento con farmaci non mutuabili prescritti dal Medico di Medicina Generale o dallo Specialista (la prescrizione dovrà essere esibita solo all'atto di acquisto dei farmaci).

Indicare la farmacia dove sarà speso il buono (sceglierne UNA SOLA) tra le seguenti:

- FARMACIA COMUNALE N. 1 Via Monte Grappa, 72
- FARMACIA COMUNALE N. 2 Piazza J. F. Kennedy, 17
- FARMACIA COMUNALE N. 3 Via Mura dei Francesi, 164
- FARMACIA COMUNALE N. 4 Via di Morena, 162/164
- FARMACIA COMUNALE N. 5 Via dei Laghi, 53
- FARMACIA COMUNALE N. 6 Via Marcandreola, 4

**NOTA BENE** Per quanto concerne i richiedenti che percepiscono un beneficio da parte di Enti Pubblici (ad esempio RDC, NASPI etc.) il contributo potrà essere erogato solo ed esclusivamente previa valutazione del Servizio Sociale a fronte di documentata situazione di estrema gravità.

Il/La sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione della propria situazione sopra dichiarata.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che il contributo alimentare potrebbe influire sul calcolo di eventuali forme di sostegno al reddito erogate dall'INPS (ad es. RDC).

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio (Regolamento GDPR).

**Si allega copia del documento di identità.**

Luogo e data

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

**OBBLIGATORIA**

## **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL Reg.UE 2016/679**

Il Comune di Ciampino, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, informa che, nel rispetto dei principi e ai fini delle tutele previste dal Regolamento UE n. 679/2016 i dati personali saranno utilizzati per le sole finalità di cui alla DGR n. 946 del 01/12/2020, inerenti l'assegnazione di buoni spesa per l'acquisto di generi alimentari o prodotti di prima necessità e buoni farmaco.

### **Titolare del trattamento dei dati personali e sanitari relativi al solo art. 4 del GDPR**

I dati di contatto del titolare del trattamento sono i seguenti:

Il Titolare del trattamento è Il Comune di Ciampino con sede in Largo Felice Armati, 1 Tel. 06.79097.1 e-mail: protocollo@pec.comune.ciampino.roma.it nella persona del suo Rappresentante pro tempore il Sindaco.

### **Dati di contatto del DPO**

Il DPO nominato dal Comune di Ciampino è la Fondazione Logos PA nella persona dell'Avv. Roberto Mastrofini raggiungibile all'indirizzo indicato nel sito web istituzionale.

### **Finalità del trattamento e base giuridica**

La base giuridica del trattamento è indicata dall'art. 6, par 1, lett. c) del GDPR per adempiere gli obblighi legali del Comune di Ciampino nonché indicata in tutta la normativa in vigore emanata in questa situazione emergenziale denominata "Covid19.

Per quanto concerne i dati relativi all'art.4 del GDPR ovvero quelli "*attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute*" saranno utilizzati solo ed esclusivamente per l'erogazione del buono farmaco e non saranno comunicati a terzi.

I dati personali raccolti relativi ai beneficiari **saranno conservati per tutta la durata dell'emergenza Covid 19 e poi successivamente in forma anonima per esigenze di statistica e archivio.**

### **Diritti degli interessati**

E' sempre garantito l'esercizio dei diritti previsti dagli articoli da 15 a 22 del GDPR. Diritto alla rettifica, Diritto all'accesso, Diritto alla portabilità. L'interessato ha il diritto di chiedere al titolare l'accesso ai dati personali trattati e la rettifica. È escluso il diritto alla cancellazione e il diritto di limitazione del trattamento in quanto il trattamento è necessario per l'adempimento di obblighi legali e per motivi di interesse pubblico rilevanti. L'interessato ha diritto alla portabilità dei dati ai sensi dell'art.20 del regolamento UE 679/2016; Si informano gli utenti che potranno proporre un eventuale reclamo all'Autorità di controllo italiana - Garante per la protezione dei dati personali

Data\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_