**Spett.le COMUNE DI PESCAGLIA**

**UNITA’ OPERATIVA N. 5**

**CONTRIBUTO A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE PER IL PAGAMENTO DEI DEBITI MATURATI SULLE UTENZE DOMESTICHE DETERMINATI DALLO STATO DI BISOGNO CONNESSO ALL'EMERGENZA POST COVID-19 E ALLA DATA DI PUBBLICAZIONE DEL BANDO PER RISCALDAMENTO - ENERGIA ELETTRICA – ACQUA - TASSA RIFIUTI E/O RIMBORSO SPESE PAGAMENTI.**

IL SOTTOSCRITTO RICHIEDENTE – compilare gli spazi con i dati anagrafici

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente nel Comune di PESCAGLIA Cap 55064

indirizzo: Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

**di accedere al contributo una-tantum PER debiti maturati SINO ALLA DATA DI PUBBLICAZIONE DEL BANDO O A RIMBORSO SPESE SOSTENUTE per le utenze attive presso la propria abitazione di residenza e di cui ai contratti di seguito indicati.**

A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R.445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art.76 e delle conseguenze previste dall’art. 75 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, per ogni componente del nucleo familiare,

**DICHIARA**

1. **DI ESSERE RESIDENTE NEL COMUNE DI PESCAGLIA;**
2. **DI AVERE UNA CERIFICAZIONE ISEE** ordinaria o corrente del nucleo familiare in corso di validità al momento della sottoscrizione della presente domanda, **CHE NON SUPERA IL LIMITE STABILITO DI EURO 20.000,00;**
3. che i debiti maturati per i quali viene richiesto il contributo sono determinati dallo stato di bisogno connesso all'emergenza da Covid 19, in relazione alla situazione economica sotto rappresentata ***(barrare la casella interessata e riempire)***

nucleo familiare in condizioni di disagio economico e/o sociale causato dalla situazione emergenziale in atto provocata dalla diffusione di agenti virali trasmissibili (Covid-19), specificare la motivazione:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***OPPURE***

nucleo familiare che abbia subito, alla data di presentazione della domanda, la perdita totale ovvero una riduzione della capacità reddituale del proprio nucleo familiare per una delle seguenti cause determinate dalle misure restrittive adottate per il contenimento della diffusione del virus COVID19:

1. Perdita del lavoro;
2. Accordi aziendali o sindacali con consistente riduzione dell’orario di lavoro;
3. Cassa integrazione straordinaria che limiti considerevolmente la capacità reddituale;
4. Mancato rinnovo di contratti a termine o atipici;
5. Cessazione di attività libero-professionali o di imprese registrate;

nucleo familiare che presenti un ISEE nei limiti previsti (€ 20.000,00) e che abbia subito, alla

data di presentazione della domanda, una riduzione della capacità reddituale per le seguenti

motivazioni:

1. Altre cause generate come conseguenza dell’emergenza epidemiologica da Covid-19 oltre che in considerazione del particolare momento di crisi economica delle famiglie dovuta anche al caro bollette.

nucleo che abbia subito un aumento dei costi di bollettazione (a tal fine presenta anche giustificativi);

1. che l’intestazione dell’utenza è riferita al sottoscritto o ad altro componente del nucleo familiare anagrafico;
2. di essere consapevole che i requisiti dichiarati ai precedenti punti sono condizione per poter

accedere al contributo e che pertanto, qualora a seguito dei controlli di legge emerga una dichiarazione falsa, l’Amministrazione Comunale procederà alla denuncia alle autorità competenti.

**DICHIARA, ALTRESI’, CHE:**

1. la composizione del nucleo familiare e l'importo derivante dalla dichiarazione ISEE sono le seguenti:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE** | | | |
| COGNOME | NOME | CODICE FISCALE | GRADO DI PARENTELA |
|  |  |  | Dichiarante |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| VALORE ISEE ORDINARIO O CORRENTE  (i dati dichiarati verranno verificati con quelli presenti sulla banca dati INPS) € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

1. di essere consapevole che l’importo del contributo non potrà essere superiore al totale dei debiti maturati o alla spesa sostenuta (N.B. l’importo totale assegnabile in base alla fascia isee di appartenenza, sino a concorrenza delle risorse assegnate sarà distribuito proporzionalmente sui debiti intestati);
2. i debiti certificati dalle aziende oppure il rimborso dei pagamenti sostenuti per i quali chiede il contributo, sono i seguenti:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| UTENZA | GESTORE | CODICE CLIENTE | INTESTATARIO UTENZA | AMMONTARE DEL DEBITO O RIMBORSO PAGAMENTI |
| RISCALDAMENTO |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| UTENZA | GESTORE | CODICE CLIENTE | INTESTATARIO UTENZA | AMMONTARE DEL DEBITO O RIMBORSO PAGAMENTI |
| ENERGIA ELETTRICA |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| UTENZA | GESTORE | CODICE CLIENTE | INTESTATARIO UTENZA | AMMONTARE DEL DEBITO O RIMBORSO PAGAMENTI |
|  |  |  |  |  |
| ACQUA | GAIA |  |  |  |
| UTENZA | GESTORE | CODICE CLIENTE | INTESTATARIO UTENZA | AMMONTARE DEL DEBITO O RIMBORSO PAGAMENTI |
| TASSA RIFIUTI | ASCIT |  |  |  |

Il sottoscritto richiede che, in caso di assegnazione dell’incentivo economico individuale il pagamento del relativo importo, avvenga tramite la seguente modalità:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | (barrare una delle seguenti possibilità) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | | |  |  |  |  |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | | |  |  |  |  |  | |
|  |  | Riscossione diretta presso la Tesoreria comunale | | | | | | | | |  |  | | | Accredito su c/c bancario | | | | | | | | | |  |  | | | Accredito su c/c postale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | | |  |  |  |  |  | |
|  | (nel caso di accredito su c/c bancario o postale indicare le coordinate del conto)  c | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | | |  |  |  |  |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | | |  |  |  |  |  | |
| Codice IBAN | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | | |  |  | |  |  |  | |

**TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

**Titolare del trattamento**: Comune di Pescaglia Telefono 0583 35401 PEC [comune.pescaglia@postacert.toscana.it](mailto:comune.pescaglia@postacert.toscana.it)

**Responsabile della Protezione di dati**: Etruria Pa srl \_ Avv. Francesca Barchielli (dpo@etruriapa.it).

**Categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati**:

* pubbliche amministrazioni e autorità giudiziaria a cui gli stessi debbano essere comunicati per legge.
* soggetti privati che facciano richiesta di accesso ai documenti della procedura nei limiti consentiti dal D.Lgs. 50/2016 e dalla legge n. 241/1990.

**Periodo conservazione dei dati:**

Nel rispetto dei principi di liceità, limitazione delle finalità e minimizzazione dei dati, al sensi dell'art. 5 GDPR 679/2016, il Titolare ed il Responsabile conserveranno e tratteranno i dati personali forniti fino al termine del servizio e per un periodo ulteriore strettamente finalizzato all'espletamento delle procedure di conservazione, archiviazione e scarto d'archivio secondo la regolamentazione in materia di archivi degli enti Locali.

**Diritti dell'interessato**: (artt. 15 e segg. del Regolamento) l'interessato può in ogni momento esercitare, ai sensi degli articoli dal 15 al 22 del suddetto Regolamento, il diritto di:

a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e l'accesso agli stessi;

b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;

c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;

d)ottenere la limitazione del trattamento;

e) opporsi al trattamento in qualsiasi momento;

f) proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali.

L'interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti inviando una comunicazione A.R. a: Comune di Pescaglia – Via Roma 2 -55064 – Pescaglia, oppure tramite PEC a: [comune.pescaglia@postacert.toscana.it](mailto:comune.pescaglia@postacert.toscana.it)

**DOCUMETAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

* fotocopia del documento di identità del sottoscrittore e dell'amministratore ove richiesto;
* attestazioni delle aziende fornitrici in merito ai debiti da ammettere a contributo o documentazione attestante i pagamenti.

**SCADENZA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**: **ENTRO IL 30/11/2022.**

Luogo e data di compilazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

(Firma per esteso del sottoscrittore)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(la firma deve essere autografa, eseguita manualmente, o con firma digitale)*