

Regione Toscana – Programma operativo Regionale 2014-2020 Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione ASSE B- INCLUSIONE SOCIALE E LOTTA ALLA POVERTA'

Fondo Sociale Europeo

AZIONI DI SOSTEGNO INTEGRATE RIVOLTE ALLE FASCE PIU' DEBOLI DELLA POPOLAZIONE A SEGUITO DELL'EMERGENZA COVID 19

Progetto P.A.C.E. "Potenziamento assistenziale Covid Elba

Numero ID..... P.A.C.E.

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente nel Comune di _____

in via/piazza _____ n. _____

Nazionalità _____

Codice Fiscale _____

Numero di telefono _____

Indirizzo Pec/Mail _____

**U.F. Servizi Sociali
Zona Elba
Responsabile Dott.ssa
Anna Garfagnini
Largo Torchiana
57037 Portoferraio (LI)**

anna.garfagnini@uslnordovest.toscana.it
tel. 0565/926867

RICHIEDE

- AZIONE 1 : Contributo per il pagamento dell'affitto**
- AZIONE 2: Contributo per il sostegno alimentare**
- AZIONE 3: Buoni servizio assistenza domiciliare**

DICHIARA

- Di essere residente nel Comune di _____
- Che il proprio nucleo familiare risulta composto da n. _____ componenti, compreso il richiedente (indicare nome, cognome, data di nascita e parentela con il richiedente)

Azienda Usl
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
PIVA: 02198590503

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

- che il nucleo vive in un'abitazione :
 - di proprietà
 - in affitto (indicare canone mensile risultante da contratto) Euro _____
- che sono presenti n. _____ persone con disabilità
- Di essere lavoratore dipendente a tempo determinato indeterminato
- di non avere reti familiari e di prossimità che possano far fronte alle esigenze alimentari
- Che il valore ISEE indicato nell'attestazione ISEE 2021 relativo al mio nucleo familiare di € _____
- Di avere avuto una diminuzione del reddito del nucleo familiare in misura pari o superiore al 30% (trenta per cento) per cause riconducibili all'emergenza epidemiologica da Covid-19
- consapevole che come previsto dalla delibera G.R. n. 71 del 6/02/2006, gli elenchi degli aventi diritto saranno utilizzati per i controlli ai sensi dell'art. 11 del DPR 403/98 e dell'articolo 6 comma 3 del DPCM n. 221/1999;
- consapevole che sarà pubblicata una graduatoria in ordine crescente ISEE fino ad esaurimento delle risorse e che la parziale compilazione della domanda, comporterà l'esclusione dalla graduatoria medesima;

dichiaro di essere consapevole che nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità della situazione reddituale. I dati acquisiti con la presente domanda saranno trattati e conservati dall'Amministrazione Comunale, e dagli uffici del Servizio Sociale Asl Nord Ovest della Zona Distretto Elba nel rispetto del Regolamento U.E 679 del 2016 per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata.

Documentazione da allegare

U.F. Servizi Sociali
Zona Elba
Responsabile Dott.ssa
Anna Garfagnini
Largo Torchiana
57037 Portoferraio (LI)

anna.garfagnini@uslnordovest
.toscana.it
tel. 0565/926867

Azienda UsI
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
PIVA: 02198590503



- Domanda FSE
- Copia del documento di identità del richiedente
- ISEE in corso di validità
- Affitto di locazione con ricevute di avvenuto pagamento ultime tre mensilità

Luogo e Data _____

Firma _____

Azienda USL Toscana nord ovest



**U.F. Servizi Sociali
Zona Elba
Responsabile Dott.ssa
Anna Garfagnini
Largo Torchiana
57037 Portoferraio (LI)**

anna.garfagnini@uslnordovest
.toscana.it
tel. 0565/926867

Azienda Usl
Toscana nord ovest
sede legale
via Cocchi, 7
56121 - Pisa
PIVA: 02198590503