



# COMUNE DI EXILLES

PROVINCIA DI TORINO

Piazza Vittorio Emanuele II n. 2 – 10050 Exilles

Tel. 012258301 – fax 012258151

[info@comune.exilles.to.it](mailto:info@comune.exilles.to.it) – [comune.exilles@legalmail.it](mailto:comune.exilles@legalmail.it)

## AVVISO PUBBLICO

**PER L'EROGAZIONE DI BUONI SPESA PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI E PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA' IN FAVORE DEI RESIDENTI IN STATO DI BISOGNO ECONOMICO A CAUSA DELL'EMERGENZA COVID-19.**

### IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

Nel quadro della situazione economica determinatasi per effetto dell'emergenza COVID-19, in attuazione del DPCM 28 marzo 2020 e dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 658 del 29 marzo 2020;

### RENDE NOTO

che, i soggetti colpiti dalla situazione economica determinatasi per effetto dell'emergenza COVID-19, possono presentare richiesta per beneficiare di "buoni spesa" per l'acquisto di generi alimentari e di prodotti di prima necessità (es. farmaci non mutuabili, alimentari e prodotti per l'igiene primissima infanzia, disinfettanti, detersivi...) **da utilizzarsi esclusivamente in uno degli esercizi commerciali del territorio di EXILLES che avranno aderito al progetto. L'elenco dei suddetti sarà pubblicato ed in costante aggiornamento sul sito del Comune.**

**Nel caso in cui i beni non siano disponibili negli esercizi commerciali del Comune, si rammenta che ESCLUSIVAMENTE tramite il personale degli enti del Terzo settore e i volontari coinvolti nella iniziativa potranno approvvigionarsi in altri comuni, senza restrizioni agli spostamenti (art. 2, comma 5 dell'Ordinanza), chiamando il numero verde della Croce Rossa Italiana:**

**800065510**

#### 1. Chi può fare richiesta

Possono fare richiesta le persone residenti nel Comune di Exilles che si trovano in stato di assoluto bisogno economico e assoluta necessità di generi alimentari e beni di prima necessità, per effetto dell'emergenza COVID-19.

#### 2. Criteri di concessione delle provvidenze

I buoni spesa e i prodotti di prima necessità saranno erogati ai richiedenti tenuto conto delle indicazioni fornite nella domanda. L'analisi del fabbisogno sarà realizzata in collaborazione con i servizi socio-assistenziali del territorio.

Ai fini dell'analisi del fabbisogno concorrerà il seguente criterio:

**Accesso al buono di solidarietà alimentare – Limite di reddito mensile percepito -.**

Componenti	Parametro	Importo reddito mensile
1	1.00	€ 200,00
2	1,57	€ 314,00 arrotondato a € 300,00
3	2.04	€ 408,00 arrotondato a € 400,00
4	2.46	€ 492,00 arrotondato a € 500,00
5	2.85	€ 570,00 arrotondato a € 600,00
6	///	€ 600,00 massimale

**Entità del buono di solidarietà alimentare**

Componenti	Parametro	Importo
1	1.00	€ 100,00
2	1,57	€ 157,00 arrotondato a € 150,00
3	2.04	€ 204,00 arrotondato a € 200,00
4	2.46	€ 246,00 arrotondato a € 250,00
5	2.85	€ 285,00 arrotondato a € 300,00
6	///	€ 300,00 massimale

**3. Modalità di erogazione e fruizione delle provvidenze**

Le provvidenze saranno erogate in forma di buoni spesa o strumenti analoghi del valore unitario di Euro 25,00. I “buoni spesa” saranno utilizzabili dal beneficiario presso uno o più esercizi commerciali tra quelli di cui all’elenco pubblicato sul sito istituzionale del Comune. In alternativa, i “buoni spesa” potranno essere consegnati dal beneficiario al personale degli enti del Terzo Settore, incaricato dal Comune di effettuare la spesa.

In ogni caso, prima di consegnare il “buono spesa” il beneficiario vi apporrà la data di utilizzo e la firma.

L’esercizio commerciale, con cadenza quindicinale, emetterà fattura elettronica e riconsegnerà al Comune i buoni utilizzati dai beneficiari.

**4. Modalità di presentazione della domanda di accesso alle provvidenze**

La domanda di accesso alle provvidenze dovrà essere presentata utilizzando l’apposito modello (allegato 1) e dovrà essere consegnata **all’Ufficio dei Servizi Sociali del Con.I.S.A.** nei seguenti modi

- a mezzo e-mail all’indirizzo: **serviziosociale.susa@conisa.it**;
- in caso di impossibilità/incapacità il modulo potrà essere compilato dall’Assistente Sociale mediante contatto telefonico ai seguenti numeri : **tel. 328 3670225 - 334 3610938**;

Il modello di domanda è scaricabile dal sito internet del Comune di EXILLES oppure potrà essere ritirato presso gli uffici comunali previa richiesta telefonica al n. 0122/58301.

## **5. Controlli**

Il Con.I.S.A. di concerto con l'ufficio comunale effettuerà i dovuti controlli, anche a campione, circa la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese ai fini dell'accesso alle provvidenze, anche richiedendo la produzione di specifiche attestazioni, non appena le direttive nazionali consentiranno la normale ripresa delle attività.

Si ricorda che, a norma degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, chi rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

## **6. Pubblicità**

Il presente avviso sarà pubblicato unitamente al modello di domanda all'Albo Pretorio del Comune EXILLES e nella home page del sito istituzionale.

## **7. Informativa sul trattamento dei dati personali REG. UE N° 679/2016.**

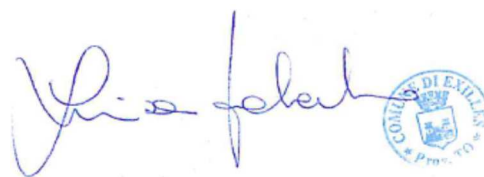
I dati personali relativi ai richiedenti verranno trattati ai sensi del Regolamento Generale Europeo 2016/679, ai soli fini della procedura di cui all'oggetto del presente avviso.

I dati personali saranno trattati esclusivamente dal personale e dai collaboratori del titolare e potranno essere comunicati ai soggetti espressamente designati come responsabili del trattamento. Al di fuori di queste ipotesi i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione europea.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e seguenti del RGPD).

Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno, altresì, il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante Privacy) secondo le procedure previste.

*Il Responsabile del servizio  
Dr.ssa Luisa Valentino*



# COMUNE DI EXILLES

PROVINCIA DI TORINO

Piazza Vittorio Emanuele II n. 2 – 10050 Exilles

Tel. 012258301 – fax 012258151

[info@comune.exilles.to.it](mailto:info@comune.exilles.to.it) – [comune.exilles@legalmail.it](mailto:comune.exilles@legalmail.it)

## ALLEGATO 1

### FAC SIMILE DI DOMANDA PER L'EROGAZIONE BUONI SPESA O GENERI ALIMENTARI E BENI DI PRIMA NECESSITA'

La/il sottoscritta/o .....  
nata/o a ..... il .....  
residente a ..... in via .....nr .../..... Int. ....  
numero di telefono.....,  
codice fiscale.....  
identificata/o a mezzo di (estremi del documento di identità) .....  
n.....rilasciata.....da.....

richiede l'erogazione, ai sensi dell'Ordinanza 658 della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29.03.2020 di buoni spesa per l'acquisto di generi alimentari e di prodotti di prima necessità.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

### DICHIARA

1) che la famiglia convivente (alla data ...../...../.....) è composta come risulta dal seguente prospetto;

Cognome e nome	M/F	posizione in fam.	età	stato civile	professione	già conosciuto dal Servizio sociale	Altre informazioni
	--			--		--	
	--			--		--	
	--			--		--	
	--			--		--	

	--			--		--	
--	----	--	--	----	--	----	--

Dichiara che la situazione attuale del proprio nucleo familiare è la seguente:

<p>Situazione socio-economica del nucleo:  <i>(specificare redditi da attività dei vari componenti condizione dei minori presenti nel nucleo, eventuali componenti con disabilità o in condizione di non autosufficienza, altri elementi utili per comprendere la situazione)</i></p>
<p>Situazione emergenziale per cui necessita della misura urgente di solidarietà alimentare:  <i>(es. interruzione attività lavorativa, assenza di reddito negli ultimi due mesi a causa dell'emergenza covid-19)</i></p>

(Barrare la voce che interessa)

- Di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo familiare
- Di ricevere i seguenti contributi pubblici: *(specifica | es. Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)*

.....  
 .....  
 .....

Dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

Luogo/data

La/Il dichiarante

\_\_\_\_\_

*(nel caso di impossibilità alla sottoscrizione l'Ufficio accerterà l'identità del richiedente)*