

OGGETTO: Richiesta di **buono spesa** a sostegno di nuclei familiari in difficoltà – intervento di emergenza COVID-19 per **solidarietà alimentare** di cui all'ordinanza della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 658 del 29 marzo 2020 ed eventuali rinnovi

I sottoscritt_ _____
(cognome e nome)

nat_ il __/__/__ a _____ () e residente a _____

in Via/P.zza _____ n. ____

Codice Fiscale _____

tel. fisso _____ tel. cellulare _____

recapito PEC _____ recapito e-mail _____

CHIEDE

l'erogazione, ai sensi dell'Ordinanza 658 della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29.03.2020, dei buoni spesa.

A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle **pene stabilite dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni**, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- che** il proprio nucleo familiare, ai sensi della normativa Isee, è composto da n. ____ persone, di cui n. ____ minorenni – n. ____ con disabilità – n. ____ di età pari o maggiore di 65 anni;
- che** al momento della domanda il proprio nucleo familiare può contare su entrate economiche mensili, complessivamente considerate e al netto delle imposte, di € _____;
- che** il proprio nucleo familiare, alla data del 31 marzo 2020, ha depositi bancari/postali ovvero titoli mobiliari o di Stato, obbligazioni, azioni, buoni fruttiferi, investimenti finanziari o similari, complessivamente considerati, inferiori a € 3.000,00;
- che** l'importo mensile dell'affitto/mutuo per l'abitazione di residenza ammonta ad € _____;

Di trovarsi in condizioni di difficoltà economica ed in stato di bisogno per le seguenti ragioni (evidenziare se sussistono delle difficoltà legate all'emergenza Covid-19):

DICHIARA DI ESSERE

(indicare una delle alternative)

- lavoratore autonomo/imprenditore/libero professionista **(a)**
 - o che la propria attività è "sospesa" in conformità alle disposizioni inerenti l'emergenza COVID-19;
- lavoratore alle dipendenze della ditta _____ **(b)**
 - o di essere occupato in "attività sospesa" in conformità alle disposizioni inerenti l'emergenza COVID-19;
- inoccupato/disoccupato **(c)**

- casalingo/a (d)
- pensionato/a (e)
- inabile al lavoro (f)

Nel caso di nuclei familiari composti da più di una persona, indicare la condizione occupazionale dei membri adulti del nucleo, utilizzando le fattispecie sopra riportate (lettere a,b,c...)

cognome e nome	Grado di parentela	Condizione lavorativa (a,b,c...)

DICHIARA INOLTRE

(scegliere l'opzione che rappresenta la propria condizione)

- che nessun componente il proprio nucleo familiare è beneficiario di ammortizzatori sociali/interventi economici di sostegno al reddito*;
- che il proprio nucleo familiare beneficia, attraverso i propri membri, dei seguenti ammortizzatori sociali/interventi economici di sostegno al reddito*:

(indicare ammontare del/dei sussidio/i e soggetto erogatore)

* Per interventi economici di sostegno erogati da enti pubblici si intende: Naspi, Reddito di Cittadinanza, Cassa integrazione, indennità di mobilità, ecc.

DICHIARA INOLTRE

- di essere separat_/divorziat_ e di percepire dall'ex coniuge € _____ per i figli;
- di essere consapevole che l'eventuale beneficio (buoni spesa) che dovesse essere concesso a fronte della presente domanda **potrà essere utilizzato esclusivamente per l'acquisto di generi alimentari o prodotti di prima necessità, con espressa esclusione di bevande alcoliche, tabacchi, lotterie, gratta e vinci ecc.;**
- di essere consapevole che il Comune procederà alla verifica della veridicità delle dichiarazioni rese, anche con l'ausilio delle Autorità a ciò preposte;
- di essere consapevole, avendone preso visione, dei criteri di assegnazione dei benefici in parola.

I sottoscritt_, in riferimento alle **norme europee e nazionali in materia di privacy**, presta il proprio **consenso al trattamento** dei dati e/o alla comunicazione dei medesimi per i fini istituzionali dell'Ente con particolare espresso riferimento ai dati particolari, ai sensi del GDPR 16/679, come da informativa privacy pubblicata sul sito istituzionale dell'Ente all'uopo visionata

(http://www.comune.treppogrande.ud.it/fileadmin/user_treppogrande/amministrazione_trasparente/altri_contenuti/Privacy/Informativa_Socioassistenziale.pdf)

Data __/__/__

firma _____

Allega alla presente copia del documento di identità _____
 n. _____ rilasciato da _____ il
 __/__/__ con scadenza il __/__/__

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Visto quanto dichiarato;

Acquisito esito verifica del Servizio Sociale d'Ambito,

SI AUTORIZZA L'EMISSIONE DEI SEGUENTI BUONI:

_____ mese _____ Anno 2020:

Buoni emessi per un totale di €. _____ [(€ 200,00 + (€ 100,00 x n. _____ componenti il nucleo familiare oltre il richiedente e fino ad € 500,00)]

Buoni spesa:

N. _____ Serie _____ da € _____

N. _____ Serie _____ da € _____

N. _____ Serie _____ da € _____

N. _____ Serie _____ da € _____

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO
