

All'Ufficio Servizi Sociali
Comune di

Motta Montecorvino

protocollo@comune.mottamontecorvino.fg.it

Oggetto: Emergenza COVID-19. Richiesta buono spesa.

La/Il sottoscritto/a

Cognome

Nome

Nato/a a

Prov.

il

Residente a

Prov.

Indirizzo

CAP

Tel.

Tel.2

e-mail/pec

C.F.

CHIEDE

di ricevere in consegna Buoni spesa per acquisto di generi alimentari di prima necessità e prodotti di igiene, previsti dall'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 e s. m. i, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000 e s. m. i, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Di aver letto e condiviso i contenuti dell'Avviso Pubblico sull'erogazione dei buoni spesa;
- Di essere consapevole che quanto sotto dichiarato sarà oggetto di controllo e verifica da parte dei competenti organi (Agenzia delle Entrate, Guardia di Finanza, etc.);
- Che il proprio nucleo familiare (come da stato di famiglia) è composto da n. _____ persone e che, pertanto, oltre al dichiarante, vi sono:

<i>Parentela</i>	<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Luogo di nascita</i>	<i>Data di nascita</i>

--	--	--	--	--

DICHIARA, altresì, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1	<input type="checkbox"/> Che nel proprio nucleo familiare ci sono soggetti che si trovano in situazione di sospensione/riduzione dell'attività lavorativa, a causa dell'emergenza da Covid-19 Indicare chi _____	5 punti
----------	---	---------

	<input type="checkbox"/> di non percepire alcuna misura di contrasto alla povertà;	5 punti
2	<input type="checkbox"/> di percepire le seguenti misure di contrasto alla povertà: <i>(segnare con una X in caso di sussistenza del beneficiario):</i> <input type="checkbox"/> REDDITO DI CITTADINANZA di cui alla L. 4 /2019 convertita con l. n. 26 del 28 marzo 2019. Importo percepito _____ <input type="checkbox"/> REDDITO DI DIGNITA' (RED) di cui alla L.R. 3/2016 e ss.mm. e regolamenti. Importo percepito _____	0 punti

	<input type="checkbox"/> di non percepire alcun contributo, indennità, assegni a qualsiasi titolo;	5 punti
3	<input type="checkbox"/> di percepire i seguenti contributi, indennità, assegni: <i>(segnare con una X in caso di sussistenza del beneficiario):</i> <input type="checkbox"/> Ammortizzatori sociali (CIG, NASpl, ASDI, DIS-COLL. ASS. DI CURA): Indicare quale e l'importo percepito _____ <input type="checkbox"/> Altri contributi pubblici : Indicare quale e l'importo percepito _____ <input type="checkbox"/> Assegni (di mantenimento, etc.): Indicare quale e l'importo percepito _____	0 punti

	<input type="checkbox"/> Che nel proprio nucleo familiare non ci sono altri soggetti percettori di redditi, contributi, indennità a qualsiasi titolo.	5 punti
4	<input type="checkbox"/> Che nel proprio nucleo familiare ci sono altri soggetti percettori di redditi, contributi, indennità a qualsiasi titolo. Indicare chi _____ e	0 punti

	l'importo percepito _____	
5	<input type="checkbox"/> Che il proprio nucleo familiare non possiede reddito disponibile e alcuna forma di sostentamento reperibile attraverso accumuli bancari o postali, al netto di obbligazioni derivanti da contratti di mutuo, locazione, pagamento utenze, etc .	5 punti
6	<input type="checkbox"/> Che nel proprio nucleo familiare sono presenti situazioni di disabilità.	7 punti

Data _____

Firma leggibile _____

Informativa sulla privacy

(la mancata sottoscrizione dell'informativa non consentirà la lavorazione della domanda)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa ed autorizzo al trattamento anche operatori di cui l'Amministrazione si avvarrà per le finalità della presente richiesta.

Data _____

Firma leggibile _____

Allega:

- Documento di identità valido _____
- Eventuale documentazione a supporto di quanto dichiarato.