

RICHIESTA ASSEGNAZIONE "BUONI SPESA"

Dichiarazione sostitutiva di notorietà ai sensi dell'art.47 del D.P.R. N. 445 del 28/12/2000

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

il _____ C.F. _____

residente nel Comune di _____ in Via/Piazza _____ n. _____

cellulare1 _____ cellulare 2 _____

email: _____ PEC: _____

CHIEDE

che gli/le sia concesso **il buono spesa per l'emergenza epidemiologica COVID 19** previsto dall'OCDPC n. 658 del 29/03/2020, come disciplinato dal relativo **Avviso Pubblico** pubblicato sul sito istituzionale del Comune di Gerocarne.

A tal fine, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole di decadere dal beneficio e di incorrere in responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di essere cittadino italiano
- di essere cittadino di uno Stato appartenente all'Unione europea
- di essere cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea e di essere in possesso di permesso di soggiorno, in corso di validità
- di agire in rappresentanza del nucleo familiare di appartenenza composto da n° _____ come di seguito indicato:

n°	Cognome e Nome	Luogo e Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			
6			

- Che nessun componente del nucleo familiare ha fatto richiesta presso il medesimo o altro Comune per il sostegno alimentare di cui alla presente domanda
- di non avere disponibilità finanziarie su conto corrente bancario/postale o altre forme di deposito economico (riferite a tutto il nucleo familiare) alla data di sottoscrizione, che consentano l'acquisto di beni alimentari
- Che il proprio Nucleo familiare dispone dei requisiti oggettivi per rientrare tra quelli beneficiari della misura di "solidarietà alimentare", giusta Ordinanza DPCM Protezione Civile n.658 del 29 marzo 2020, in quanto risulta (*barrare le opzioni che interessano*)
A tal proposito specifica:

- essere cittadino privo di qualunque forma di reddito dal 01/01/2020 fino alla presentazione della domanda in quanto:**
- Disoccupato
 - Licenziato
 - Non percepisco prestazioni a sostegno del reddito (Reddito di cittadinanza, Rei, Naspi, Cassa integrazione, disoccupazione etc.);
 - Nel proprio nucleo familiare non vi sono componenti dipendenti regolarmente stipendiati, pensionati o destinatari di altre misure di sostegno pubblico (Reddito di cittadinanza, Rei, Naspi, Cassa integrazione, disoccupazione etc.);
- Di aver subito** una riduzione del reddito familiare durante l'anno in corso in seguito a:
- Disoccupazione dal __/__/____
 - Licenziamento dal __/__/____
 - Sospensione attività lavorativa dal __/__/____
 - Altre cause (specificare) _____ dal __/__/____
- Che NON SONO presenti** nel nucleo familiare componenti lavoratori dipendenti, autonomi, stagionali o a intermittenza, pensionati o percettori di altri redditi o misure di sostegno pubblico (Reddito di cittadinanza, Rei, Rem, Naspi, Cassa integrazione, disoccupazione etc.);
- Che SONO presenti** nel proprio nucleo familiare
- dipendenti regolarmente stipendiati per euro/mese:* _____
 - lavoratori autonomi/stagionali/a intermittenza per euro/mese:* _____
 - pensionati per euro/mese:* _____
 - destinatari di Reddito di cittadinanza per euro/mese:* _____
 - percettori del beneficio Naspi per euro:* _____
 - percettori del beneficio Cassa integrazione:* _____
 - percettori del beneficio disoccupazione per euro:* _____
 - Percettori di Rem per euro:* _____
 - Di essere bracciante agricolo per un totale di giornate:* _____
 - altro beneficio per euro:* _____

Dichiaro quindi che il totale del reddito mensile del nucleo familiare è di euro _____

- che il valore del **reddito ISEE** per l'anno 2020 è compreso tra €:
- 0,00 e 1.500
 - 1.501 e 3.500
 - 3.501 e 5.760
 - 5.761 e 9360
- Allego** la seguente documentazione in copia e in corso di validità
- Copia documento di identità
 - Modello ISEE
 - Documentazione accertante Invalidità Civile/Inabilità/eventuali patologie
 - Altro (specificare) _____

DICHIARA, inoltre,

che il proprio nucleo familiare ha le seguenti caratteristiche:

NUCLEO FAMILIARE COMPOSTA DA N. _____ PERSONE DI CUI:

- Ultra Sessantacinquenni** che non percepiscono alcuna forma di assistenza previdenziale:
(specificare il numero) _____;
- Persone con disabilità** che non percepiscono indennità di accompagnamento:
(allegare certificazione) _____;
- Minori:**
(0-36 mesi) _____;
- Nucleo monoparentale;**

DICHIARA altresì

- Di aver preso visione dell'*Ordinanza* di cui all'oggetto, nonché dell'*Avviso pubblico rivolto ad individui e nuclei familiari in particolari condizioni di disagio economico finalizzato all'adozione di misure di solidarietà alimentare mediante buoni spesa* pubblicato sul sito istituzionale del Comune di _____ e di tutte le disposizioni contenute in tali documenti e di accettarle incondizionatamente;
- Di essere consapevole e di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto;
- Di essere consapevole che, in caso di mancanza o incompletezza della dichiarazione, la presente istanza non verrà presa in considerazione e, conseguentemente, il sottoscritto non accederà al beneficio;
- Di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà inviata agli organi di competenza per il controllo della veridicità di quanto in essa dichiarato e che, in caso di accertata non spettanza del beneficio a seguito di mia dichiarazione mendace, il beneficio sarà revocato e l'Ente procederà alle denuncia alle competenti Autorità;
- Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. Del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali richiesti sono necessari ai fini di dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici, finalizzata all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare, e che saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito dei procedimenti connessi alla verifica della presente autodichiarazione.

Luogo e data _____

Firma
