

Al Comune di Gerocarne

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**, come disciplinato dal relativo **Avviso Pubblico** pubblicato sul sito istituzionale del COMUNE DI GEROCARNE.

Che gli/le sia concesso l'importo di €..... sul conto corrente

n°..... quale rimborso spese per le utenze di seguito indicate e che si allegano alla presente richiesta:

Utenza _____

Utenza _____

Utenza _____

Utenza _____

Utenza _____

Utenza _____

Utenza _____

Utenza _____

Utenza _____

Utenza _____

Utenza _____

Utenza _____

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			
7			
8			
9			
10			

- che sono presenti nel nucleo familiare n° _____ componenti minori di 3 anni
nominativo: _____
 - che sono presenti nel nucleo familiare n° _____ componenti disabili (in tal caso allegare copia _____ documentazione _____ accertante _____ la patologia)
nominativo: _____
 - che sono presenti nel nucleo familiare n° _____ componenti ultrasessantacinquenni
nominativo: _____
 - 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", in quanto risulta (*barrare le opzioni che interessano*)
A tal proposito specifica:
- Di essere privo** di qualunque forma di reddito dal 01/01/2021 fino alla data di presentazione della domanda in seguito a:
- Inoccupazione
 - Disoccupazione
 - Licenziamento
 - Sospensione attività lavorativa
 - Altre cause (specificare) _____

- **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:* _____
 - *Di essere bracciante agricolo per un totale di giornate:* _____
 - *altro beneficio per euro: (Rem o altro sussidio comunque denominato)* _____

- che il valore del **reddito ISEE** per l'anno 2021 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 altresì

- Di aver preso visione 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 ed agevolazioni utenze domestiche* pubblicato sul sito istituzionale del Comune di Gerocarne 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.

Data e luogo _____

Firma
