

Al Responsabile del settore Servizi Sociali
del Comune di Pontecagnano Faiano
Via A. Alfani 52

Oggetto: Emergenza sanitaria da COVID-19, Misure urgenti di solidarietà alimentare ex art. 53 c. 1 D. L. n. 73/2021 - Domanda per l'ammissione al beneficio del buono spesa.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il _____, residente a _____, alla via _____ n. _____, Recapito telefonico _____ Indirizzo email _____

VISTO quanto disposto dall'art. 53 c. 1 del D. L. n. 73/2021, in relazione alle misure urgenti di solidarietà alimentare;

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio del buono spesa.

A tal scopo, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n.445 consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare risulta composto da n. _____ come di seguito indicati :

N.	Nome	Cognome	Luogo di Nascita	Data di nascita	Codice fiscale	Parentela
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

- di essere residente nel Comune di Pontecagnano Faiano;
- che tutti i componenti del nucleo familiare sono in uno stato di inoccupazione;
- oppure
- che tutti i componenti del nucleo familiare sono in uno stato di disoccupazione;

oppure

- di essere capo famiglia, in situazione di temporanea difficoltà a seguito dell’Emergenza COVID – 19 per i seguenti motivi:

[] chiusura / sospensione attività lavorativa:

() propria;

() dipendente;

ed in correlazione:

[] di non aver ancora ottenuto ammortizzatori sociali;

[] di non poter accedere a forme di ammortizzatori sociali;

di **essere in possesso** dei seguenti requisiti di priorità :

- Essere percettore del reddito di cittadinanza

NO SI IMPORTO MENSILE € _____;

- Essere titolare di una pensione (sociale e/o contributiva)

NO SI IMPORTO MENSILE € _____;

- Essere componente di un nucleo familiare in cui almeno uno dei membri possa essere, a qualsiasi titolo, titolare o avente diritto di una delle indennità, sussidi o altra forma di beneficio previsto dalle normative in materia di emergenza Covid-19;

NO SI IMPORTO MENSILE € _____;

- Nucleo familiare che sostiene il costo di un canone di locazione ad uso abitativo per un importo mensile di € _____ e/o il pagamento di un mutuo per l’acquisto di una prima casa per un importo mensile di € _____;

DICHIARA ALTRESÌ

Di non disporre direttamente o per il tramite dei componenti il nucleo familiare di una provvista depositata su conti correnti e/o bancari pari o superiore a € 6.000,00 ovvero di valori mobiliari (Buoni fruttiferi, azioni, ecc.) immediatamente smobilizzabili pari o superiori a € 6.000,00.

Allega alla presente:

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Certificazione/attestazione ISEE in corso di validità.

Luogo _____ Data _____

Firma leggibile

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nella dichiarazione resa ai soli fini della evasione della istanza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Luogo _____ Data _____

Firma leggibile