**Spettabile Ufficio Servizi sociali**

 **del Comune di**

 **31014 COLLE UMBERTO TV**

|  |
| --- |
| **EMERGENZA COVID19 - DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DIRETTA O EROGAZIONE DI BUONI SPESA****(ORDINANZA PROTEZIONE CIVILE n.658/2020)** |

Il**/**La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

 Per sé stesso o per il proprio nucleo familiare (convivente)

 In nome e per conto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(specificare: tutore, amministratore di sostegno, familiare delegato)*

l’assegnazione diretta o l’erogazione di buoni spesa per l’acquisto di generi di prima necessità, prodotti alimentari, farmaci, prodotti per l’igiene personale e della casa a favore di persone e/o famiglie in condizioni di disagio economico e sociale causato dalla emergenza epidemiologica da COVID-19.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell’art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell’art. 75 del su citato D.Lgs. 445/2000.

**DICHIARA**

**(Barrare o segnare le voci che interessano)**

* di essere in condizione di disagio conseguente alla attuale emergenza sanitaria;
* che il proprio nucleo familiare convivente è composto da n.\_\_\_\_\_\_ persone di cui:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grado di parentela | Nome e cognome | Data di nascita | Professione |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* che all’interno del nucleo familiare è presente n. \_\_\_\_ componenti con certificazione d’invalidità o portatore di handicap (indicare il nominativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
* che nessun componente del proprio nucleo familiare ha presentato domanda per questo sostegno presso altri Comuni italiani;
* di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità (per i cittadini stranieri non UE);
* che i suindicati componenti si trovano alla data odierna nella seguente condizione lavorativa:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome e cognome | Lavoratore dipendente/autonomoRegolarmente in attività | Lavoratore dipendente/autonomoIn attività ridotta per effetto dell’emergenza COVID-19 | Disoccupatoper effetto dell’emergenza COVID-19 | Disoccupato da data antecedente all’emergenza |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* che i suindicati componenti beneficiano alla data del 30/03/2020 delle misure di integrazione salariale garantite, per il tramite dell’INPS, dal DL 17/03/2020 n. 18 “Cassa integrazione ordinaria” ovvero assegno ordinario per COVID-19 nazionale (€ 600,00):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome e cognome | Tipologia di misura di sostegno | Importo mensile | Data richiesta o erogazione |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* che i suindicati componenti beneficiano attualmente di contributi e/o sostegni pubblici di carattere socio-assitenziale (esempio reddito di cittadinanza, indennità di disoccupazione, contributi comunali, contributi regionale, pensione di invalidità, rendite INAIL, ecc.) così come segue:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome e cognome | Tipologia di misura di sostegno | Importo mensile | Data richiesta o erogazione |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* che nessun componente del nucleo familiare percepisce altre forme di sostegno al reddito erogate da Enti Pubblici;
* di non avere accesso a forme di sostegno alimentare (es. banco Alimentare, Caritas, ecc.);
* di non percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare pubblico;
* di percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare pubblico nella misura mensile di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non essere proprietario di immobili (con esclusione della casa di abitazione);
* che uno dei componenti il nucleo familiare ha contratto un mutuo per l’acquisto della casa di abitazione (specificare l’ammontare della rata mensile del mutuo che è di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) e che non ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo;
* che uno dei componenti il nucleo familiare risulta titolare di contratto di locazione ad uso abitativo con durata fino al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con canone di locazione mensile pari ad €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non avere disponibilità economiche (per sé e/o il proprio nucleo famigliare) su conti correnti bancari, postali, ecc… sufficienti per l’acquisto di beni di prima necessità e alla data del 30/03/2020;
* che l’intero nucleo familiare ha una disponibilità di contante o giacenza media inferiore a € 5.000,00 (cinquemilaeuro);
* di non avere titoli mobiliari o di stato, obbligazioni, buoni fruttiferi, investimenti finanziari o similari, propri o del proprio nucleo familiare;
* di aver perso il lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati da Governo in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19. A tal fine dichiara che era impiegato presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la mansione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che il rapporto si è interrotto in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_;
* di essere consapevole che l’ente erogatore potrà effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione di cui agli artt. 46 e 47 del DPR N. 445/2000;
* di essere informato che l’ente erogatore richiederà gli scontrini fiscali e la documentazione a comprova delle dichiarazioni presentate relative ad aspetti economico- patrimoniali;

**Tanto sopra premesso,** il/la sottoscritto/a chiede, come previsto dall’ordinanza n. 658 del 29.03.2020, di essere destinatario/a delle risorse di solidarietà alimentari per i seguenti motivi (indicare da quando il reddito familiare si è ridotto, l’ammontare dell’ultimo stipendio percepito dai componenti il nucleo ed ogni altra causa idonea a giustificare la richiesta):

………………………………………………………………………………………………………….………

………………………………………………………………………………………………………….………

……………………………………………………………………………………………….…………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Il sottoscritto dichiara infine di aver preso visione dell’avviso per l’assegnazione diretta o l’erogazione di buoni spesa e di aver preso atto che i dati personali presenti nella presente istanza / autodichiarazione verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D. Lgs. N. 196/2003 e ss.mm.ii. e con la presente ne autorizza l’utilizzo.

*Allega: copia documento d’identità in corso di validità, o eventuale delega del richiedente di altro documento di identità ed autorizza i servizi sociali comunali ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (es. anagrafe, servizi sociali ecc) e nazionali (es. INPS, Guardia di finanza ecc) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all’art76 delDPR445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguenti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rilevatasi, successivamente mendace.*

Il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma per esteso e leggibile

**Di seguito il recapito per comunicazioni e consegna dei buoni spesa:**

Piazza/ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Scala/Interno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome sul citofono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altro recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_