# DOMANDA PER L’ASSEGNAZIONE DI BUONI SPESA

**PER EMERGENZA COVID-19**

**DI CUI AL DECRETO 154/2020**

# Richiesta contenente dichiarazioni sostitutive dell’atto di notorietà e di certificazioni rese ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445.

## Il/la sottoscritto/a

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | |
| NATO/A | PROVINCIA | IL |
| CITTADINANZA | | |
| RESIDENTE NEL COMUNE DI CASAZZA | | |
| VIA/PIAZZA | | N. |
| TEL. / CELL. | | |
| MAIL | | |

**DICHIARA**

**(Barrare le caselle che interessano; qualora si compili il modulo nelle righe che interessano, non si considera irregolarità la semplice dimenticanza di barrare la casella)**

* di essere residente nel comune di CASAZZA in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_;
* che lo stato di famiglia è composto, oltre che dal dichiarante, dalle seguenti persone:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parentela | Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**CHIEDE**

**di partecipare all’avviso per l’assegnazione di buoni spesa Ai sensi dell’Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020**

**A TAL FINE DICHIARA**

* Di appartenere ad una delle seguenti categorie:
* uno o più componenti del nucleo familiare sono senza occupazione;
* sospensione attività di lavoro autonomo non coperta da ammortizzatori sociali;
* uno o più componenti del nucleo familiare sono lavoratori in attesa di cassa integrazione
* cessazione o riduzione di attività professionale o di impresa;
* mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici;
* accordi aziendali e sindacali con riduzione dell’orario di lavoro;
* malattia grave o decesso di un componente del nucleo familiare;
* incremento di spese certificate sostenute dal nucleo familiare per l’acquisto di farmaci, per garantire interventi socio-assistenziali o per il pagamento di spese socio-sanitarie o funerarie;
* attivazione di servizi a pagamento per l’assistenza al domicilio di persone fragili che non hanno potuto frequentare centri diurni per anziani, persone con disabilità o progetti personalizzati domiciliari di cui fruivano;
* nuclei che si trovano conti correnti congelati e/o nella non disponibilità temporanea (ad esempio a causa di decesso del coniuge, etc.);
* fruitori del reddito di cittadinanza (RdC) qualora tale contributo sia di modico valore;
* over 65 con la sola pensione minima, o in assenza di pensione, e senza forme di deposito mobiliare (titoli, obbligazioni, etc);
* nuclei monoreddito con componente con disabilità, in situazione di fragilità economica.
* altro stato di necessità da dichiarare.
* di trovarsi in condizioni di difficoltà economica” e “stato di bisogno”
* di essere consapevole che per “condizione di difficoltà economica” e “stato di bisogno” si intende **la carenza di liquidità** per soddisfare i bisogni essenziali del nucleo familiare

SI ALLEGA:

* copia del documento d’identità, in corso di validità;
* copia permesso di soggiorno (per cittadini di Stati non appartenenti all’Unione Europea)
* **Attestazione ISEE 2021 o ISEE Corrente**

oppure, in alternativa

* **Attestazione ISEE 2020** – In questo caso sono consapevole che la domanda rimarrà in sospeso fino alla presentazione dell’Attestazione 2021

CASAZZA, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiarainoltre:

* di acconsentire al trattamento dei dati personali nei termini e con le modalità ai sensi della normativa vigente in materia
* di essere consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, richiamate dall’articolo 76 del D.P.R. 445/2000 e che le notizie fornite rispondono a verità.
* di essere a conoscenza che il Comune, in sede di istruttoria, potrà esperire accertamenti tecnici ed ispezioni e ordinare esibizioni documentali.

CASAZZA, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_