

Al Comune di Pescate

Ufficio Amministrativo – Servizi sociali

OGGETTO:

**RICHIESTA BUONO SPESA EMERGENZA COVID
(OCDPC N. 658 DEL 29/03/2020)**

Il/La

sottoscritto/a

Nato/a a il

C.F. residente nel Comune di Pescate

in Via/Piazza n. tel.

Email

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

CHIEDE

che gli/le sia concesso **il buono spesa per l'emergenza epidemiologica CODIV 19** previsto dall'OCDPC n. 658 del 29/03/2020, come disciplinata da delibera di Giunta comunale n.28 del 02.04.2020 ed 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,

DICHIARA

- a) che il proprio nucleo familiare risiede nel Comune di Pescate;**
- b) che il proprio nucleo familiare si trova in difficoltà economiche a seguito dell'emergenza COVID-19 ed ha uno dei seguenti requisiti:**

(barrare la casella di interesse)

nucleo monogenitoriale privo di reddito con minori a carico;

nuclei familiari privi di reddito;

nucleo monogenitoriale con minori a carico in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari; Indicare situazioni di particolari necessità ed esigenze:

nucleo familiare monoreddito in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari;Indicare situazioni di particolari necessità ed esigenze:

nuclei familiari in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari;Indicare situazioni di particolari necessità ed esigenze:

- Soggetti che hanno subito conseguenze economiche dalla diffusione del virus che hanno gravemente inciso sullo svolgimento dell'attività professionale (attività professionale rientrante nel novero di quelle sospese dal DPCM)e che attestino un reddito dell'anno precedente inferiore a 12.000 €

Indicare situazioni di particolari necessità ed esigenze:_____

c) che il proprio nucleo familiare ha le seguenti caratteristiche:

(barrare la casella di interesse)

n. _____ minori a carico *(indicare il numero)*;

n. _____ di componenti del nucleo familiare *(indicare il numero)*;

presenza nel nucleo familiare di persone con disabilità permanenti associate a disagio economico; indicare il numero di persone e tipologia di disabilità:

presenza nel nucleo familiare di persone con patologie che determinano una situazione di disagio socio-economico; indicare il numero di persone e tipologia di patologia:

d) che il proprio nucleo familiare (compreso il dichiarante) è composta da:

Parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

d) che nel proprio nucleo familiare:

NON vi sono assegnatari di sostegno pubblico (cassa integrazione ordinaria e in deroga, stipendi, pensioni, pensioni sociali, pensione di inabilità, reddito di cittadinanza, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento, altre indennità speciali connesse all'emergenza coronavirus ecc.)

è già assegnatario di sostegno pubblico (specificare la tipologia di sostegno)

per l'importo mensile di euro _____

e) (in caso di percezione di reddito) che le entrate a qualsiasi titolo percepite da tutti i membri del nucleo familiare sono pari ad euro mensili _____

f) che ha preso visione del disciplinare di attuazione delle misure di cui all'OCDPD 658 del 29/03/2020 approvato con delibera di Giunta comunale n. 28 del 02.04.2020

g) di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di falsa dichiarazione ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 e dell'obbligo di restituzione del contributo indebitamente percepito;

h) di essere consapevole che tutti i dati di cui verrà in possesso l'Amministrazione comunale saranno trattati nel rispetto del Codice Privacy D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

Si dichiara inoltre che alla data di consegna della presente domanda sono già stati utilizzati tutti i Buoni Spesa Emergenza Covid 19 eventualmente ricevuti a seguito di una precedente istanza.

Data e luogo

Firma

.....

Si allega **Copia di un documento valido di riconoscimento.**