**AL COMUNE DI AMANDOLA**

**Ufficio Servizi Sociali**

**Oggetto: Emergenza epidemia Covid19 – Misure di sostegno alle famiglie disagiate – Domanda per l’assegnazione di “Buoni Spesa” per l’acquisto ESCLUSIVAMENTE di beni alimentari di prima necessità in adesione all’avviso pubblico a sostegno del reddito delle famiglie in difficoltà economica**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente nel Comune di AMANDOLA Prov. FM in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l’assegnazione del Buono Spesa per l’acquisto esclusivamente di beni alimentari di prima necessità.

A tal fine, consapevole del fatto che, in caso di dichiarazioni mendaci, verranno applicate nei propri riguardi, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, le sanzioni previste dal vigente Codice Penale e dalle leggi speciali in materia di falsità negli atti;

**DICHIARA**

* + di essere residente nel Comune di AMANDOLA;
  + di essere attualmente senza reddito o rendita di qualsiasi genere e di non avere, nel nucleo familiare, fondi attivi su conti correnti o depositi , libretti o titoli di qualunque genere sufficienti a garantirne il sostentamento (massimo 1.000 € a persona);
  + di non avere la possibilità di acquistare, per sé e per il proprio nucleo, i generi alimentari di prima necessità;

**(barrare le caselle interessate)**

* di percepire con cadenza mensile o altra cadenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[1]](#footnote-1) il seguente sostegno pubblico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (reddito di cittadinanza, NASPI, Indennità di mobilità, CIG o CAS altro sostegno pubblico o altro sostegno Statale, Regionale o comunale) pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non percepire alcun tipo di sostegno pubblico;
* di non essere beneficiario di altra misura di sostegno economico prevista a favore delle famiglie, dei lavoratori e delle imprese nell’ambito dell’emergenza epidemiologica da COVID-19;
* di essere titolare della seguente misura di sostegno economico prevista nell’ambito dell’emergenza epidemiologica da COVID-19 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[2]](#footnote-2) ma di non averla ancora ricevuta;

**DICHIARA INOLTRE**

* + di essere consapevole che i buoni spesa comunali non rappresentano moneta legale per cui non sono monetizzabili, non è previsto resto e la spesa dovrà corrispondere ad un importo pari o superiore al valore del buono stesso; nei piccoli esercizi commerciali è possibile utilizzare il buono in più giorni, in accordo con gli esercenti;
  + di rispettare, nell’utilizzo dei buoni, le prescrizioni restrittive in atto in materia di spostamento dal luogo di residenza; pertanto il beneficiario è tenuto ad individuare il più possibile esercizi commerciali presenti in prossimità della propria abitazione;
  + di essere a conoscenza che il Comune verificherà la veridicità delle autocertificazioni contenute nella presente domanda, anche ricorrendo ai competenti Uffici del Comando della Guardia di Finanza per gli accertamenti di competenza. Qualora dai controlli emergano abusi o false dichiarazioni, fatta salva l’attivazione delle necessarie procedure di legge, il Comune adotterà ogni misura utile a revocare i benefici concessi;
  + che la composizione del proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è la seguente:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Cognome** | **Nome** | **Luogo di nascita** | **Data di nascita** | **Relazione di parentela** | **Invalidità**  **(SI + percentuale/NO)** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |

* di impegnarsi a restituire la somma assegnata in caso di ottenimento di altro finanziamento ottenuto per le medesime finalità;
* (per i soggetti domiciliati) Di non aver inoltrato, né i componenti del proprio nucleo familiare hanno inoltrato o inoltreranno, altra richiesta di buoni spesa né presso codesto Comune né altro Comune.

Allega alla presente domanda:

1. copia fotostatica del proprio documento d’identità in corso di validità;
2. (se in possesso) altra documentazione/dichiarazione attestante la situazione reddituale e/o la condizione di contingente indigenza economica.

Autorizza il Comune di Amandola al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l’espletamento della procedura di attribuzione beneficio in oggetto, ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del Reg. EU 2016/679.

In fede dichiaro che, ai sensi dell’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, quanto sopra dichiarato risulta corretto in ogni sua parte.

Amandola, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

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

1. Indicare il tipo di cadenza, se bimestrale, trimestrale, semestrale o annuale. [↑](#footnote-ref-1)
2. Indicare il tipo di sostegno economico di cui si è beneficiari (bonus P. Iva, Cassa integrazione in deroga, ecc) [↑](#footnote-ref-2)