**Al Comune di MOGLIANO**

**Ufficio Servizi Sociali**

**Oggetto: Domanda per l’Assegnazione di Buoni Spesa per acquisto di beni di prima necessità in favore dei cittadini colpiti dalla situazione economica determinatasi per effetto dell’emergenza COVID-19 – TERZO AVVISO**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente o domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

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

recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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)

**CHIEDE**

Di accedere all’assegnazione del bonus spesa a favore di persone e/o famiglie *in condizioni di disagio economico e sociale causato dalla situazione emergenziale in atto, provocata dalla diffusione di agenti virali trasmissibili (covid-19)*.

**A TAL FINE DICHIARA**

**(*barrare le caselle di interesse – non si procederà all’istruttoria delle domande incomplete*)**

* di essere residente o domiciliato nel Comune di Mogliano;
* che il proprio nucleo familiare è monoreddito e il cui titolare ha richiesto ma non ancora ottenuto trattamento di sostegno al reddito o il datore di lavoro ha richiesto ma non ancora ottenuto ammissione al trattamento di sostegno del reddito, ai sensi del D.L. 18/2020, o il datore di lavoro abbia sospeso e/o ridotto l’orario di lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore ma a causa del COVID-19;
* che il proprio nucleo è privo di reddito per cause riconducibili al COVID-19;
* che il proprio nucleo familiare non è titolare di alcun reddito;
* che i componenti del proprio nucleo familiare non hanno complessivamente accumuli/depositi bancari o postali superiori ad **€ 6.000,00**;
* CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E’ COMPOSTO DA N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (INDICARE NUMERO IN CIFRE) PERSONE COMPRESO IL SOTTOSCRITTO/A,
  + di cui n. \_\_\_\_\_\_\_ minorenni o figli a carico
  + di cui n.\_\_\_\_\_\_\_ disabili
* **Che nel proprio nucleo familiare non vi sono percettori di reddito o di altre forme di sostegno pubblico superiori a € 400,00** (*cassa integrazione ordinaria e in deroga in essere, stipendi, pensioni, pensioni sociali, pensione di inabilità, reddito di cittadinanza, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento da parte del Comune o di Enti del terzo settore e parrocchie*);
* **Che nel proprio nucleo familiare vi sono percettori di reddito o di altre forme di sostegno pubblico superiori a € 400,00** *(cassa integrazione ordinaria e in deroga in essere, Naspi e/o altri ammortizzatori sociali, CAS, stipendi, pensioni, pensioni sociali, pensione di inabilità, reddito di cittadinanza, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento da parte del Comune o di Enti del terzo settore e parrocchie)* pari ad euro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(mensile);
* Che il proprio nucleo familiare, pur percependo redditi di qualsiasi genere, forme di sostegno pubblico superiori ad euro 400,00 mensili, si trova nella seguente situazione di difficoltà: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Di aver preso visione dell’avviso pubblico;
* Di essere a conoscenza che il Comune di Mogliano verificherà la veridicità delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio;
* Di indicare il seguente esercizio commerciale dove acquisterà i generi alimentari di prima necessità (apporre una sola crocetta su uno dei seguenti esercizi commerciali del territorio comunale):
* IL FORNO di POMPEI POMPEO – C.da Macina n. 39;
* CE.AL. Srl Supermercato – Viale XX Settembre – Sconto del 5% sugli acquisti;
* SAPORI AMORE E FANTASIA di BEVILACQUA ANTONELLA – Piazza Garibaldi n. 17;
* SUPERMERCATO MADIS - MAPI di Piccinini D. – Via XXV Aprile n. 39 - Sconto del 5% sugli acquisti;
* LE PRIMIZIE di TAMANTI FRANCESCO – Via XX Settembre n. 17- Sconto del 5% sugli acquisti;
* FANELLI FABRIZIO macelleria-gastronomia- Viale XX Settembre n. 35;
* BORDONI MACELLERIA di Bordoni Moira – Via Roma n. 7

**- ALLA PRESENTE SI ALLEGA: copia documento di identità**;

Data

Firma

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