



# Città di Matelica

Provincia di Macerata

AL COMUNE DI MATELICA  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

[protocollo.comunematelica@pec.it](mailto:protocollo.comunematelica@pec.it)

(INDIRIZZO ABILITATO ANCHE ALLA RICEZIONE DI E-MAIL ORDINARIA)

**OGGETTO: Fondo Solidarietà Alimentare e prodotti di 1° necessità. Richiesta BUONO SPESA (Emergenza COVID-19) - 3° BANDO.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare (OBBLIGATORIO) \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Per le persone domiciliate o abitualmente dimoranti nel Comune di Matelica indicare:

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
per motivi (es. studio, lavoro ...) \_\_\_\_\_

### DICHIARA:

- DI ESSERE CITTADINO ITALIANO;
- DI ESSERE CITTADINO STRANIERO, REGOLARMENTE SOGGIORNANTE, IN POSSESSO DI PERMESSO DI SOGGIORNO;
- DI ESSERE CITTADINO STRANIERO PRIVO DI UN TITOLO DI SOGGIORNO;
- DI AVER PRESO VISIONE DELL'AVVISO PUBBLICO;
  - CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE HA GIA' BENEFICIATO DEL BUONO SPESA COVID-19 NELL'ANNO 2020 EROGATO DAL COMUNE DI MATELICA SI  NO
  - CHE NEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE NESSUN COMPONENTE HA PRESENTATO RICHIESTA DI BUONO SPESA NÉ PRESSO CODESTO COMUNE NÉ ALTRO COMUNE;
  - CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE, CONFORMEMENTE A QUANTO RISULTANTE DALLO STATO DI FAMIGLIA DEPOSITATO ALL'UFFICIO ANAGRAFE DEL COMUNE DI MATELICA, RISULTA COMPOSTO DA N° \_\_\_\_ COMPONENTI DI CUI:  
N° \_\_\_\_ MINORENNI CON ANNI INFERIORI AI 18;  
N° \_\_\_\_ COMPONENTI DISABILI O INVALIDI (con riconoscimento di certificazione Inps della L.104/92 e/o percentuale di invalidità civile);
  - CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE RISIEDA IN UN ALLOGGIO IN LOCAZIONE (AFFITTO) CON REGOLARE CONTRATTO: SI  NO
  - CHE NEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE RISULTA L'ASSENZA MOMENTANEA DI REDDITO DA LAVORO E CHE LO STESSO NON È TITOLARE COMPLESSIVAMENTE DI DEPOSITI BANCARI E/O POSTALI O DI CONTO CORRENTI BANCARI E/O POSTALI CON DISPONIBILITA' DI LIQUIDITA' SUPERIORE A € 8.000,00 ALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA;
- CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE NON BENEFICIA DI ALTRE FORME DI SOSTEGNO PUBBLICO;
- CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE BENEFICIA DI ALTRE FORME DI SOSTEGNO PUBBLICO:
- FINO A € 600.00 MENSILI  OLTRE A € 600.00 MENSILI

Nello specifico:

<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Reddito di Cittadinanza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cassa integrazione guadagni ordinaria e in deroga
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Pensione di Cittadinanza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Naspi
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Contributo autonomia sistemazione (C.A.S.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Indennità di mobilità
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Dis-Coll (indennità di disoccupazione mensile)	Altro (specificare)	

\* Non dovranno essere considerate le misure di sostegno INPS legate al COVID-19 (es. Indennità 600/1.000 €, indennità COVID 19 per lavoratori domestici, reddito di emergenza, Bonus Baby-sitting)

**DICHIARA INOLTRE:**

- **DI TROVARSI NELLA SEGUENTE CONDIZIONE CAUSATA DALLA SITUAZIONE EMERGENZIALE IN ATTO (COVID-19), DESCRIVERE BREVEMENTE:**

*(Es. perdita del lavoro, riduzione dell'orario di lavoro, sospensione dell'attività lavorativa per effetto delle disposizioni legislative ecc.)*

.....
.....
.....
.....

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 buono spesa a favore di persone e/o famiglie in condizioni di disagio economico e sociale legato anche alla situazione emergenziale in atto, provocata dalla diffusione di agenti virali trasmissibili (covid-19).

**INDICARE GLI ESERCIZI COMMERCIALI PRESSO I QUALI SI INTENDE UTILIZZARE IL BUONO SPESA, ESCLUSIVAMENTE TRA QUELLI CHE HANNO ADERITO E SOTTO INDICATI: (almeno 2 scelte massimo 3)**

<input type="checkbox"/>	SUPERMERCATO COAL di Maurizio Palombi	<input type="checkbox"/>	PANIFICIO L'ANTICA TRADIZIONE di A.M. Rinaldi
<input type="checkbox"/>	OASI	<input type="checkbox"/>	PANIFICIO di Gabrio Conforti
<input type="checkbox"/>	SUPERMERCATO CRAI di Paola Gagliardi	<input type="checkbox"/>	IL PANE DI GAGLIOLE di Vanni Valci
<input type="checkbox"/>	MADIS-PA-PLRI Società Cooperativa	<input type="checkbox"/>	PASTA FRESCA LILLO di Dignani Francesco
<input type="checkbox"/>	GILA CARNI di Laura Gabrielli	<input type="checkbox"/>	G.M.A. Ristorazione srl
<input type="checkbox"/>	COOPERATIVA CARNI BOVINE S. VICINO	<input type="checkbox"/>	ACQUA E SAPONE
<input type="checkbox"/>	SALUMIFICIO BARTOCCI	<input type="checkbox"/>	FARMACIA CENTRALE di Giovanna Ferracuti & C. snc
<input type="checkbox"/>	LA BUONA TAVOLA di Giuseppina Gubinelli	<input type="checkbox"/>	FARMACIA COMUNALE
<input type="checkbox"/>	ORTOFRUTTA di Giuseppina Traballoni	<input type="checkbox"/>	PARAFARMACIA di Paola Procaccini
<input type="checkbox"/>	ORTOFRESCO di Fabrizio Boarelli	<input type="checkbox"/>	SALUS di Valentina Bosco

**-I buoni saranno suddivisi in tagli da 30-50-100 €**

**-SPECIFICARE EVENTUALI PREFERENZE RELATIVE ALLA SUDDIVISIONE DEI BUONI:**

.....  
*Le preferenze non potranno essere modificate al fine di un'adeguata organizzazione nell'erogazione dei buoni.*

**IN CASO DI IMPOSSIBILITÀ A RITIRARE IL BUONO E/O A RECARSI PRESSO L'ESERCIZIO COMMERCIALE PER USUFRUIRE DELLA SPESA, IL/LA SOTTOSCRITTO/A DELEGA:**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_

**(Per usufruire del buono spesa sarà necessario esibire la propria tessera sanitaria presso l'esercizio commerciale)**

Con la presente dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs 30/06/2003 n. 196 in materia di protezione dei dati personali, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali dell'Ente, per consentire un'efficace gestione dei procedimenti relativi all'espletamento delle suddette funzioni e nel rispetto dei limiti stabiliti dalle Leggi e dai Regolamenti e che i dati dichiarati verranno trattati in modo tale da contemplare le esigenze di tutela degli stessi con le esigenze di efficienza organizzativa degli uffici e di trasparenza dell'azione amministrativa

Data .....

Firma

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO D'IDENTITA'  
PERMESSO DI SOGGIORNO IN CASO DI CITTADINO STRANIERO