

Al Comune di GAZZADA SCHIANNO

EMERGENZA SANITARIA COVID-19 - RICONOSCIMENTO MISURE DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE – MODULO DI DOMANDA PER "BUONI SPESA"

Io sottoscritto/a (*Cognome e Nome*).....

Nato/a il Residente a GAZZADA SCHIANNO

CODICE FISCALE.....

Tel. E-mail

CHIEDO

l'erogazione di **BUONI SPESA** ai sensi del DL 154/2020 art 2 dell'Ordinanza della Protezione Civile n. 658 del 29.03.2020

A TALE SCOPO DICHIARO

DI ESSERE CONSAPEVOLE E A CONOSCENZA DI QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 75 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000 SULLA DECADENZA DEI BENEFICI OTTENIBILI SULLA BASE DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE, E DAL SUCCESSIVO ART. 76 SULLA **RESPONSABILITÀ PENALE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI**, SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ

DICHIARO

1. che il mio nucleo familiare è composto da n. ____ persone, di cui n. _____ minori di 18 anni:

2. che il mio nucleo familiare si trova in una delle seguenti condizioni:

riduzione della capacità economica del nucleo familiare a fronte della **perdita o riduzione del lavoro a causa dell'emergenza sanitaria in corso**, a carico del/dei seguente/i componente/i:

COGNOME E NOME	Situazione lavorativa (licenziamento o sospensione attività: indicare il periodo)	applicazione della misura della Cassa Integrazione – importo mensile:
		€
		€
		€

situazione di **disoccupazione precedente all'anno 2020** di uno o più componenti del nucleo familiare:

COGNOME E NOME	Disoccupato dal

4. giacenza complessiva del nucleo familiare sul conto corrente bancario o postale alla data del 30/11/2020 di valore non superiore ad € 5.000,00;

5. che i seguenti componenti del nucleo familiare percepiscono contributi pubblici di integrazione al reddito come di seguito indicati (*indicare tipologia - ad esempio: Reddito di cittadinanza, Reddito di Inclusione o di emergenza, Naspi*):

COGNOME E NOME	TIPOLOGIA CONTRIBUTO PUBBLICO	IMPORTO MENSILE
		€

		€
		€

6. di essere consapevole che il buono spesa di cui il nucleo sarà eventualmente riconosciuto beneficiario potrà essere utilizzato solo per l'acquisto di generi alimentari e di prima necessità;

Altre dichiarazioni _____

Luogo e Data _____ **Firma** _____

DICHIARO INOLTRE

di aver acquisito e compreso l'informativa sulla privacy (art.13 del Regolamento Europeo UE 2016/679 GDPR) e il REU 679/2016 per il trattamento dei dati personali:

AUTORIZZO: SI NO

Il personale del Servizio Sociale del Comune di Gazzada Schianno a trattare i miei dati inerenti prestazioni richieste o ricevute.

DICHIARO inoltre di essere a conoscenza del fatto che i dati raccolti e detenuti in base ad obblighi di legge e non previsti dall'art. 76 del Codice della Privacy non necessitano di consenso al trattamento.

Luogo e Data _____ **Firma** _____

SPAZIO RISERVATO AL COMUNE di Gazzada Schianno

➤ Vista la presente istanza;

➤ Vista la delibera della Giunta Comunale n.71 del 5/12/2020 con la quale sono stati stabiliti i criteri, requisiti e modalità per l'erogazione di buoni spesa;

Si dispone l'erogazione di BUONI SPESA per un importo complessivo di €. _____

L'ASSISTENTE SOCIALE

ricevuta BUONI SPESA causa emergenza sanitaria Covid-19

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

di ricevere Buoni Spesa per un importo complessivo di € _____

data _____

firma _____