

Al Comune di GAZZADA SCHIANNO

EMERGENZA SANITARIA COVID-19 – RICHIESTA MISURE URGENTI A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE IN STATO DI BISOGNO SOCIALE (ART. 53 DL 73/2021)

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

Nato/a il a(.....)

CODICE FISCALE

Residente a GAZZADA SCHIANNO Via.....

Tel. E-mail

CHIEDO

il riconoscimento del sostegno ai sensi dell'ART. 53 DL 73/2021 tramite erogazione di buoni spesa per l'acquisto di generi di prima necessità e contributo economico per il pagamento di utenze e/o canone di locazione.

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, riduzione o sospensione, di lavoro autonomo o dipendente, saltuario o occasionale anche a seguito del COVID-19** 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 2021** di uno o più componenti del nucleo familiare:

COGNOME E NOME	Disoccupato dal

4. che il saldo del conto corrente Bancario o Postale non è superiore a € 5.000,00 alla data della presentazione della domanda.

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 (no alcolici, tabacchi, etc....) e per il pagamento di utenze e/o canone di locazione;

7. di essere consapevole che le dichiarazioni rese ed il contributo erogato potranno essere oggetto di controlli da parte dell'Ente erogatore;

IBAN per l'accredito del contributo economico: bancario postale

Intestato al sottoscritto e a _____

Presso: _____

IBAN: _____

Altre dichiarazioni _____

Luogo e Data _Gazzada Schianno, _____ **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 __Gazzada Schianno, _____ **Firma** _____

SPAZIO RISERVATO AL COMUNE di GAZZADA SCHIANNO

- Vista la presente istanza;
- Vista la delibera della Giunta Comunale n. del 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 €._____

Si dispone l'erogazione di un CONTRIBUTO ECONOMICO per un importo complessivo di €._____

L'ASSISTENTE SOCIALE

ricevuta BUONI SPESA e CONTRIBUTO ECONOMICO causa emergenza sanitaria Covid-19

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

di ricevere Buoni Spesa per un importo complessivo di € _____

di essere a conoscenza che il CONTRIBUTO ECONOMICO sarà riconosciuto per un importo complessivo di €._____ ed accreditato sull'IBAN dichiarato.

che per il contributo economico per il pagamento dei canoni di locazione e/o delle utenze domestiche dovrà essere presentata ricevuta di pagamento.

Data ____/____/____

Firma _____