EMERGENZA SANITARIA LEGATA AL DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19

MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARE

**MODELLO ISTANZA DI ACCESSO AI “BUONI SPESA” DI CUI ALL’ORDINANZA DEL**

 **CAPO DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29/03/2020**

Al Sindaco del

COMUNE DI MONTENERODOMO

PEC: comune.montenerodomo.ch@halleycert.it

|  |
| --- |
| **La domanda di accesso al beneficio a valere sul Fondo di solidarietà alimentare può essere presentata solo da uno dei componenti del nucleo familiare**. |

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Con recapito telefonico fisso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mobile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ trovandosi in uno stato di bisogno che, allo stato attuale, gli preclude la possibilità di procurarsi ed acquistare generi alimentari e di prima necessità per sostenere il proprio nucleo familiare,

CONSAPEVOLE

* che, ai sensi dell’art. 76 co. 1 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale;
* che, ai sensi dell’art. 75 del D.P.R. 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere;
* che, ai sensi dell’art. 71 del D.P.R. 445/2000, l’ente pubblico ha l’obbligo di effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000;
* che tutte le informazioni fornite saranno trasmesse dal Comune di Montenerodomo alle Autorità competenti per i controlli sulla veridicità degli stessi

facente parte del nucleo familiare è così composto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N | **COGNOME** | **NOME** | **CODICE FISCALE** | **DATA DI NASCITA** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

**CHIEDE**

di poter accedere al beneficio del “Buono Spesa” di cui all’art. 2 dell’Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, per l’acquisto di generi alimentari e prodotti di prima necessità.

**DICHIARA ED AUCERTIFICA PER L’INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA**

La propria condizione di disagio conseguente all’attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi:

 (*barrare le voci che interessano*):

|\_\_| di essere residente nel Comune di Montenerodomo;

|\_\_| che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_ componenti, di cui n. \_\_\_\_ figli minori, n. \_\_\_ soggetti disabili/ non autosufficienti, conformemente a quanto risultante dallo stato di famiglia;

|\_\_| che nel proprio nucleo familiare è presente n. \_\_\_\_ disabili certificato ai sensi dell’art. 3 L. 104/92;

|\_\_| che il proprio nucleo familiare vive in alloggio in locazione o con mutuo a carico;

|\_\_| soggetti privi di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare bisogni primari;

|\_\_| che nel proprio nucleo familiare monoreddito il titolare dello stesso ha subito una sospensione/riduzione dell’orario di lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati da Governo e dalla Regione Abruzzo in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19.

A tal fine dichiara che era impiegato presso la ditta/società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la mansione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che il rapporto si è interrotto in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_;

|\_\_| che nel proprio nucleo familiare tutti i percettori di reddito hanno subito una sospensione/riduzione dell’orario di lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati da Governo e dalla Regione Abruzzo in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19.

1. A tal fine dichiara che (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ era impiegato presso la ditta/società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la mansione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che il rapporto si è interrotto in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_;
2. A tal fine dichiara che (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ era impiegato presso la ditta/società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la mansione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che il rapporto si è interrotto in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_;
3. A tal fine dichiara che (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ era impiegato presso la ditta/società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con la mansione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che il rapporto si è interrotto in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_;

|\_\_| di trovarsi nella condizione di disoccupato/inoccupato a far data dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e che prima di tale data era impiegato presso la ditta/società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con la mansione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

|\_\_| a causa dell’epidemia in corso, di aver dovuto chiudere l’attività commerciale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_o artigianale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sita a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui è titolare o legale rappresentante;

|\_\_| di non percepire altri redditi ( da lavoro, da locazione immobili, da pensione…..);

|\_\_| di percepire altri redditi ( da lavoro, da locazione immobili, da pensione…..) nella misura mensile di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

|\_\_| che l’attuale disponibilità economica in riferimento ad entrate recenti e/o giacenza su conti correnti bancari, postale o altri strumenti di deposito e finanziari non consente e/o non sono fruibili per l’ approvvigionamento di generi alimentari o di prima necessità;

|\_\_| di non essere beneficiario delle misure urgenti di sostegno al reddito - ammortizzatori sociali ( cassa integrazione ordinaria, in deroga….) legate all’emergenza covid-19;

|\_\_| che il proprio datore di lavoro ha richiesto l’ammissione al trattamento di sostegno al reddito ma attualmente non è beneficiario degli ammortizzatori sociali ( cassa integrazione ordinaria, in deroga….) legate all’emergenza covid-19;

|\_\_| | di non beneficiare delle misure di sostegno economico previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto “Cura Italia”) pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020

|\_\_| di aver richiesto, in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, l’accesso ad una delle misure di sostegno economico

(specificare quale) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto “Cura Italia”) pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020 ma attualmente non e’ beneficiario;

|\_\_| di essere percettore di Reddito di inclusione o di cittadinanza o altri strumenti di sostegno economico (Naspi indennità di mobilità…) per un importo pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensile;

|\_\_| che nel proprio nucleo familiare vi sono soggetti già in carico ai Servizi Sociali del Comune di Montenerodomo per situazioni di fragilità, multi problematicità;

|\_\_| di non beneficiare di altri sussidi a qualsiasi titoli erogati per i mesi marzo ed aprile 2020 dal Settore sociale / Servizi alla persona del comune di Montenerodomo.

**Eventuali note:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all’accesso al beneficio richiesto. I dati richiesti sono necessari ed indispensabili ai fini di dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici dei servizi sociali, finalizzata all’eventuale inserimento nell’elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare.**

Allega alla presente:

* copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità/ riporta gli estremi del proprio documento di riconoscimento: n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_data di rilascio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato dal Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Montenerodomo, \_\_\_/\_\_\_/2020 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OBBLIGATORIA