

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 e D.L. 154 DEL 23/11/2020.**

Al Sindaco del
COMUNE DI MONTENERODOMO
PEC: comune.montenerodomo.ch@halleycert.it
PEO: protocollo@montenerodomo.gov.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 e successivi provvedimenti Statali;

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 o successivi provvedimenti 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 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