

RICHIESTA DI INTERVENTO SOLIDARIETÀ ALIMENTARE – BUONO SPESA

(Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020)

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ prov. _____ il _____
Residente a Serle in via _____ n. _____
Tel. / Cell. _____ C.f. _____ email _____
Cittadinanza _____

CHIEDE

Che il proprio nucleo familiare possa beneficiare degli aiuti di solidarietà alimentare “Bonus Spesa” di cui all’ordinanza del Dipartimento della Protezione civile n. 658 del 29.03.2020 in quanto si trova nella condizione di non poter provvedere autonomamente alla spesa alimentare per sé e la propria famiglia.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall’art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445 dichiara ai sensi degli art. 46 e 47 del DPR sopra indicato:

DICHIARA AL MOMENTO DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

- 1- Di essere residente a Serle;
- 2- Se cittadino extracomunitario, di essere titolare di regolare permesso di soggiorno in corso di validità;
- 3- che il proprio nucleo familiare, oltre che dal richiedente, è costituito da n. _____ persone di cui _____ minori e n. _____ disabili;
- 4- che il nucleo familiare vive in un’abitazione (*barrare l’opzione che ricorre*):
 - comodato d’uso gratuito
 - locazione alloggio pubblico con affitto pari ad € _____
 - locazione alloggio privato con affitto pari ad € _____
 - in alloggio di proprietà senza mutuo
 - in alloggio di proprietà con mutuo mensile pari ad € _____
 - in altra situazione abitativa (specificare quale) _____
- 5- che i componenti del nucleo familiare (*barrare l’opzione che ricorre*):
 - non sono proprietari/comproprietari di altre proprietà immobiliari, oltre alla casa di abitazione
 - sono proprietari/comproprietari di altre proprietà immobiliari, oltre alla casa di abitazione, da cui derivano canoni di locazione totali pari ad € _____
- 6- che la somma del patrimonio mobiliare liquido e spendibile (saldo conto corrente bancario o postale, ...) di tutti i componenti del nucleo, riferito al mese anteriore a quello di presentazione della domanda, **non è superiore ad € 5.000**

- 7- che i componenti del nucleo familiare (*barrare l'opzione che ricorre*):
- non godono di misure pubbliche a sostegno del reddito (*es. cassa integrazione, indennità di disoccupazione, reddito di cittadinanza o inclusione, NASPI, ammortizzatori sociali, ecc*);
 - godono di misure pubbliche a sostegno del reddito (*es. cassa integrazione, indennità di disoccupazione, reddito di cittadinanza o inclusione, NASPI, ammortizzatori sociali, ecc*) per un importo mensile pari ad € _____
- 8- che nel mese di _____ (*precedente a quello di presentazione della domanda*) ha percepito le seguenti entrate economiche (*indicare la somma totale del nucleo*):
- stipendio pari ad € _____
 - reddito di cittadinanza € _____
 - pensione, pari ad € _____
 - altre entrate pari ad € _____
- 9- che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato la stessa istanza di accesso al Fondo di solidarietà alimentare;

Tanto sopra premesso 1 sottoscritto/a chiede di essere destinatario/a delle risorse di solidarietà alimentare trovandosi in una situazione di sopravvenuta difficoltà economica (*barrare l'opzione che ricorre*)

- nucleo familiare/persona colpita dagli effetti economici derivanti da Covid-19, specificare:
 - riduzione dell'orario di lavoro;
 - apertura cassa integrazione ordinaria/straordinaria;
 - contratto a termine non rinnovato;
 - sospensione attività professionale in proprio;
 - perdita lavoro saltuario;
 - impossibilità inizio nuovo lavoro;
 - venuta meno di un componente del nucleo familiare con reddito o pensione;
 - altro specificare _____
 - nucleo familiare senza alcun reddito;
 - nucleo familiare/persona in stato di bisogno, specificare:
 - nucleo familiare, di cui facciano parte minori, che si trovano in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari;
 - nuclei monogenitoriali privi di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari;
 - nuclei familiari con situazioni di patologie e/o multiproblematicità che determinano una situazione di bisogno economico;
 - altra tipologia di bisogno (specificare _____)
- _____
- _____
-)

1 sottoscritto DICHIARA altresì:

- 1- di essere consapevole che il buono spesa verrà consegnato dai Volontari Comunali/della Protezione Civile ai quali il proprio nominativo verrà trasmesso;
- 2- di essere consapevole che la presente domanda di partecipazione non costituisce vincolo o certezza di ricevere il beneficio;
- 3- di essere consapevole che il comune di Serle procederà alla verifica dei dati dichiarati anche presso terzi e di autorizzarlo ad acquisire le necessarie informazioni;

- 4- di impegnarsi a presentare al comune di Serle, su richiesta, la documentazione necessaria a comprovare le dichiarazioni rese nella presente domanda;
- 5- di essere consapevole che gli aiuti richiesti sono finalizzati esclusivamente all'acquisto di generi alimentari e di prodotti di prima necessità e che pertanto sono esclusi beni voluttuari, alcolici, ecc.

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio (Regolamento GDPR)

Serle, _____

Firma _____

Si allegano i seguenti documenti

- 1- Copia documento d'identità del richiedente in corso di validità (*obbligatoria*)
- 2- Ogni altra eventuale documentazione che l'interessato voglia trasmettere per evidenziare lo stato di bisogno/disagio (*facoltativo*)