

**RICHIESTA PER ACCEDERE AL BUONO SPESA FONDO DI SOLIDARIETA'
ALIMENTARE (ORDINANZA PROTEZIONE CIVILE 658/2020)**

AL COMUNE DI MEOLO
Servizi sociali

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il ____/____/____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in MEOLO in via _____, ____

cellulare _____ email _____

C H I E D E

☐
☐

Per se stesso o per il proprio nucleo familiare (convivente)

In nome e per conto di _____

nato/a a _____ (_____) il ____/____/____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in MEOLO in via _____, ____

in qualità di _____

(specificare: tutore, amministratore di sostegno, familiare delegato)

l'assegnazione dei buoni spesa per l'acquisto di generi di prima necessità, prodotti alimentari edibili, prodotti per l'igiene personale e della casa a favore di persone e/o famiglie in condizioni di disagio economico e sociale causato dalla situazione emergenziale in atto, provocata dalla diffusione di agenti virali trasmissibili (COVID-19). A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria personale responsabilità e a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia,

D I C H I A R A

Barrare la voce che interessa

Di essere	Lavoratore dipendente	Studente
	Lavoratore autonomo	Disoccupato
	Imprenditore	

Firma _____

Che il proprio nucleo familiare è composto dalle seguenti persone (oltre a se stesso):

Nome e cognome	Rapporto di parentela/affinità	Professione	
1	☐ Coniuge ☐ Figlio ... % a carico. Età..... ☐	☐ Lavoratore dipendente ☐ Lavoratore autonomo ☐ Studente	☐ Disoccupato ☐
2	☐ Coniuge ☐ Figlio ... % a carico. Età..... ☐	☐ Lavoratore dipendente ☐ Lavoratore autonomo ☐ Studente	☐ Disoccupato ☐
3	☐ Coniuge ☐ Figlio ... % a carico. Età..... ☐	☐ Lavoratore dipendente ☐ Lavoratore autonomo ☐ Studente	☐ Disoccupato ☐
4	☐ Coniuge ☐ Figlio ... % a carico. Età..... ☐	☐ Lavoratore dipendente ☐ Lavoratore autonomo ☐ Studente	☐ Disoccupato ☐
5	☐ Coniuge ☐ Figlio ... % a carico. Età..... ☐	☐ Lavoratore dipendente ☐ Lavoratore autonomo ☐ Studente	☐ Disoccupato ☐
6	☐ Coniuge ☐ Figlio ... % a carico. Età..... ☐	☐ Lavoratore dipendente ☐ Lavoratore autonomo	☐ Disoccupato ☐

☐ che nessun componente del nucleo familiare percepisce altre forme di sostegno al reddito erogate da Enti Pubblici;

☐ di percepire pensione o forme di sostegno economico quali:

☐ Reddito di Cittadinanza

☐ Pensione

☐ REI

☐ Indennità di disoccupazione

☐ Contributo comunale (es. sussidio economico)

☐ Contributo regionale

☐ Altro (ad. es canoni di locazione) _____
 dell'importo mensile di € _____

☐ di non percepire altre forme 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 (es. ammortizzatori sociali, integrazione salariale, congedi, riduzioni orarie, indennità di sostegno);

☐ di essere proprietario di immobili (oltre alla casa di abitazione);

☐ di non essere proprietario di immobili (con esclusione della casa di abitazione);

☐ che uno dei componenti il nucleo familiare ha contratto un mutuo per l'acquisto della casa di abitazione

☐ e che ha presentato ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo)

(specificare l'ammontare dell'ultima rata mensile del mutuo: €)

Firma _____

☐ di non avere disponibilità finanziarie (per sé e/o il proprio nucleo familiare) su conti correnti bancari, postali, ecc. sufficienti per l'acquisto di beni di prima necessità. A tal fine dichiara che la giacenza di conto corrente al 29/03/2020, depurata delle obbligazioni finanziarie già assunte, è inferiore ad € 5.000,00 per il/ mese/i oggetto di erogazione del buono spesa;

☐ di trovarsi nella seguente condizione di bisogno **a causa** dalla situazione emergenziale in atto (COVID-19):

☐ perdita del lavoro dipendente _____

☐ perdita del lavoro autonomo _____

☐ altro (specificare) _____

☐ di aver perso il lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati da Governo in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19. A tal fine dichiara che era impiegato presso _____ con la mansione di _____ e che il rapporto si è interrotto in data ____/____/____;

*** * ***

Tanto sopra premesso, 1 sottoscritto chiede, come previsto dall'ordinanza n. 658 del 29.03.2020, di essere destinatari_ delle risorse di solidarietà alimentari e a tal fine dichiara inoltre:

.....
.....
.....
.....

Il sottoscritto dichiara infine di aver preso atto che i dati personali presenti nella presente istanza/dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (c.d. "GDPR") e del D. Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. e con la presente ne autorizza l'utilizzo.

Meolo, ____/____/____

Firma

Allegati

- Documento d'identità (obbligatorio);
- Altra documentazione che si ritiene utile (facoltativa).
