Oggetto: EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID-19 - MISURE DI SOSTEGNO A SOGGETTI

ECONOMICAMENTE DISAGIATI (Ordinanza Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020 e art.2 del D.L. 23/11/2020, n. 154).

**Richiesta di assegnazione di “Buoni Spesa”**

 per l’acquisto di beni alimentari e di prima necessità in adesione all’avviso pubblico a sostegno del reddito delle famiglie in difficoltà economica.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,residente in ROMAGNESE

in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

C H I E D E

l’assegnazione di Buoni Spesa per l’acquisto di beni alimentari e di prima necessità, nell’ambito delle

misure di sostegno in oggetto.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali

previste dall’art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

ivi indicate,

D I C H I A R A

che nessun componente del proprio nucleo familiare, compreso il sottoscritto, ha titolo ad accedere ad

una delle indennità per emergenza Covid-19 ne è titolare di reddito da lavoro dipendente, assimilato o da

pensioni.

Ai fini della graduatoria di assegnazione dei buoni spesa, dichiara:

**Caso 1) Di essere attualmente privo di risorse economiche sufficienti ad acquistare beni alimentari o di sussistenza per sé ed il proprio nucleo familiare**.

**Caso 2)** Nel caso di presenza nel nucleo familiare di uno o più percettori di Reddito di cittadinanza, Rei, aspi, indennità di mobilità, cassa integrazione, altre forme di sostegno pubblico previste a livello nazionale, regionale o locale, **dichiara che il proprio nucleo familiare è complessivamente percettore della somma di € mensili e che la stessa rappresenta l’unica fonte di entrata**

.

Dichiara, inoltre, che la composizione del proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia

anagrafica, è la seguente:

|  |
| --- |
|   |
| 1 I.S. Cognome Nome Luogo di nascita Data di nascita Relazione di parentela |
|  |
| 2 |
|  |
| 3 |
|  |
| 4 |
|  |
| 5 |
|  |
| 6  |
|  |
|  |
|  |

Dichiara, infine:

- di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di false dichiarazioni ai sensi dell’art. 76 del

DPR 445/2000 e dell’obbligo di restituzione del contributo indebitamente percepito;

- di essere consapevole che tutti i dati di cui verrà in possesso il Comune di Romagnese saranno trattati nel rispetto del Codice Privacy D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679, autorizzandone il trattamento.

**Allega alla presente copia fotostatica del proprio documento d’identità in corso di validità.**

Romagnese , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_l\_ Richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_