

AL COMUNE DI CARMIANO
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Oggetto: EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA da COVID-19 - Richiesta assegnazione “buoni spesa” ai sensi dell’Ordinanza n. 658 del 29.03.2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile.

Il/la sottoscritt..nat..... a il
..... residente aProv.....
via.....n....., Cod. Fisc..... recapito telefo-
nico(**cellulare obbligatorio**).....recapito tel. Fisso
e-mail.....@....., PEC@.....
con domicilio (solo se diverso dalla residenza) a in Via/P.zza
..... n.

VISTO quanto disposto dall’OCDPC n. 658 del 29 marzo 2020, dalla DGR n. 443/2020, dalla DGR n. 788/2020 e dall’articolo 2 comma 1 e 2 del Decreto Legge 23 Novembre 2020, n.154, pubblicato nella GU n.291 del 23/11/2020;

In esecuzione degli indirizzi forniti giuste delibere della Commissione Straordinaria n. 37/2020, n. 58/2020, n. 116/2020, n. 10/2021, n. 42/2021 e della delibera di G. C. n. 2/2021, nonché della delibera della Giunta Comunale n. 14 del 11/02/2022;

CHIEDE

l’assegnazione di “**BUONI SPESA**” per sè stesso e per il proprio nucleo familiare.

A tal scopo, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 relativo a falsità in atti e dichiarazioni mendaci e che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell’art. 71 D.P.R. n. 445/2000, e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiere, di cui all’art.75 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, fatte salve, in ogni caso, le sanzioni penali previste dall’art. 76;

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del succitato DPR 445/2000:

SEZIONE 1

- di essere residente nel Comune di Carmiano;
- che la composizione del proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è la seguente:

N°	Cognome e Nome	Data nascita	Relaz. Parentela	Disabilità e/o patologie gravi	minori	anziani	Condizione occupazionale
1.			Richiedente	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
2.				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
3.				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
4.				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
5.				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
6.				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

- che la propria situazione di grave disagio economico e del suo nucleo familiare, conseguente all'attuale emergenza da Covid-19, deriva da *(indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate aggravate dalla situazione emergenziale compresa la riduzione/azzeramento del reddito disponibile riveniente da attività lavorativa, ecc):*

- che attualmente il reddito disponibile mensile per l'intero nucleo familiare è pari ad € _____ riveniente da _____ *(specificare la fonte di provenienza: attività lavorativa o altro)* come di seguito dettagliato per ogni componente del nucleo familiare:

Cognome e nome	Fonte di provenienza	Importo

che, ad oggi, le disponibilità finanziarie di immediata liquidità (saldo conto corrente bancario/postale oppure depositi/titoli/ecc.) di tutto il nucleo familiare non sono assolutamente sufficienti a consentire di superare il grave disagio economico dovuto all'emergenza da Covid 19 e che ammontano a euro_____;

che né il sottoscritto né alcuno dei componenti del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico*;

OPPURE

che i sottoindicati componenti del nucleo familiare fruiscono delle seguenti forme di sostegno pubblico*:
(Indicare beneficiario, tipologia di beneficio pubblico e somma mensile fruita)

Cognome e nome	Tipo di sostegno	Importo mensile

che nessun componente del nucleo familiare ha inoltrato richiesta per fruire di forme di sostegno pubblico a seguito della sospensione del rapporto di lavoro causata dall'attuale emergenza epidemiologica

OPPURE

che il sottoscritto_____o il componente del nucleo familiare sig._____ ha inoltrato richiesta per fruire di forme di sostegno pubblico a seguito della sospensione del rapporto di lavoro causata dall'attuale emergenza epidemiologica ed è in attesa di riscontro;

che l'alloggio in cui vive con il proprio nucleo familiare è occupato a titolo di:

- proprietà locazione altro (specificare) _____

che dal Modello ISEE in corso di validità risulta un valore reddituale pari ad € _____

* **Per forme di sostegno pubblico si intendono:** Trattamenti pensionistici; Indennità di Disoccupazione NASPI-INPS; REI (Reddito di Inclusione); RDC (Reddito di Cittadinanza); Rendita INAIL; Cassa Integrazione; Reddito di Emergenza; Altre Forme di Sostegno al reddito erogate da Enti Pubblici.

SEZIONE 2

DICHIARA INOLTRE

- di accettare tutte le condizioni individuate dal Comune di Carmiano che consentiranno l'accesso al beneficio;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni a quanto ivi dichiarato;
- di essere a conoscenza che il Comune di Carmiano in sede di istruttoria o successivamente all'erogazione dei buoni spesa, potrà esperire controlli, accertamenti tecnici ed ispezioni e ordinare esibizioni documentali per la verifica di quanto dichiarato come previsto dal DL34/2020 art.264 ;
- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui alla normativa europea e nazionale, che dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. È informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del beneficio indicato in oggetto e che un eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda. Pertanto, con la presente, autorizza il trattamento dei propri dati personali.

Per quanto sopra, nel chiedere l'erogazione di "Buoni Spesa" , a beneficio del proprio nucleo familiare come sopra dichiarato **SI IMPEGNA**, in caso di assegnazione accordata, **ad utilizzare i buoni spesa ESCLUSIVAMENTE per l'acquisto di GENERI ALIMENTARI E GENERI DI PRIMA NECESSITA'.**

Carmiano, li

Il/La dichiarante

.....

Si Allega Documento di Riconoscimento Valido del Dichiarante

Modello ISEE in corso di validità

ISTRUZIONI:

- è possibile inviare la presente domanda a mezzo posta elettronica al seguente indirizzo protocollo.comunecarmiano@pec.rupar.puglia.it oppure mediante consegna a mano all'ufficio protocollo nelle giornate di apertura al pubblico, allegando copia di un documento di riconoscimento valido (carta di identità, patente di guida, passaporto) e modello ISEE in corso di validità.