**ISTANZA PER CONCESSIONE BUONI SPESA  
EMERGENZA CORONAVIRUS – COVID-19**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, residente a Roccapiemonte, Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, trovandosi in uno stato di bisogno che gli preclude la possibilità di procurarsi ed acquistare generi alimentari e di prima necessità per sostenere il proprio nucleo familiare,

**CHIEDE**

di poter accedere al beneficio del “Buono Spesa” di cui all’art. 1, comma 3, dell’Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, per l’acquisto di alimenti di prima necessità.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci,

**DICHIARA, PER SÉ** **E PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE**

di trovarsi in uno stato di bisogno immediato e di non avere risorse economiche disponibili per poter provvedere all’acquisto di generi di prima necessità;

che i componenti del proprio nucleo familiare, possiedono reddito mobiliare immediatamente disponibile **inferiore o pari ad euro 5.000,00 ;**

**di trovarsi altresì in almeno una delle seguenti situazioni (*barrare le voci che interessano*):**

|\_\_| Lavoratori dipendenti la cui attività è stata sospesa dall’emergenza COVID-19, come da Decreti della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di contrasto al COVID-19;

|\_\_| Titolari di partita Iva la cui attività è stata sospesa dall’emergenza COVID-19, come da Decreti della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di contrasto al COVID-19;

|\_\_| Lavoratori con reddito di natura occasionale la cui attività è impedita dall’emergenza COVID;

|\_\_| Persone disoccupate/inoccupate la cui attuale disponibilità economica in riferimento ad entrate recenti e/o giacenza su c/c o altri strumenti di deposito immediatamente smobilizzabili non è sufficiente all’approvvigionamento di generi alimentari o di prima necessità;

|\_\_| Soci lavoratori di aziende la cui attività è stata sospesa dall’emergenza COVID-19, come da Decreti della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di contrasto al COVID-19

**DICHIARA, ALTRESI’**

**(*barrare le voci che interessano*):**

* di essere cittadino italiano;
* di essere cittadino di uno Stato appartenente all’Unione Europea;
* di essere cittadino di uno Stato non appartenente all’Unione Europea e di essere in possesso di un titolo di soggiorno, in corso di validità e nello specifico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (da allegare al presente modulo);
* di essere residente nel Comune di Roccapiemonte ;
* che nessun componente del nucleo familiare risulta essere assegnatario di sostegno pubblico (Reddito di cittadinanza – REI, cassa integrazione ordinaria e in deroga, stipendi, pensioni, pensioni sociali, pensione di inabilità, reddito di cittadinanza, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento, altre indennità speciali connesse all’emergenza coronavirus ecc.);
* Che uno o più componenti il nucleo familiare risulta essere assegnatario di sostegno pubblico**, al netto delle spese certificabili, fino ad € 800,00 euro/mese** (Reddito di cittadinanza – REI, cassa integrazione ordinaria e in deroga, stipendi, pensioni, pensioni sociali, pensione di inabilità, reddito di cittadinanza, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento, altre indennità speciali connesse all’emergenza coronavirus ecc.):

*(se necessario aggiungere righe)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME E COGNOME** | **CODICE FISCALE** | **TIPOLOGIA SOSTEGNO PUBBLICO RICEVUTO** | **IMPORTO MENSILE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* che il nucleo familiare è così composto conformemente a quanto risultante dallo stato di famiglia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | RELAZIONE DI PARENTELA (\*) | LUOGO E DATA DI NASCITA | ATTIVITA’ LAVORATIVA SVOLTA (\*\*) | DATA E IMPORTO ULTIMO REDDITO MENSILE PERCEPITO |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(\*) CG (coniuge) CO (convivente) FG (figlio/a) NP (nipote)

(\*\*) Lavoratore dipendente, autonomo, occasionale, altro contratto di lavoro (specificare quale), disoccupato o inoccupato.

* Numero complessivo dei componenti del nucleo familiare :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* il proprio nucleo familiare è composto da un solo genitore con minori a carico: Si – No
* nel proprio nucleo familiare sono presenti:

|  |  |
| --- | --- |
| Minori | N\_\_\_\_\_\_\_ |
| Persone ultra-sessantacinquenni | N\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Persone in situazione di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell’art. 3, comma 3, L. n. 104/92 | N\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Persone affette da patologie croniche sottoposte a particolari regimi dietetici o farmacologici | N\_\_\_\_\_\_\_\_ |

che il nucleo familiare ha la seguente condizione abitativa: ( barrare la casella interessata)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Abitazione di proprietà e/o comodato d’uso gratuito |  |
|  | Canone di locazione mensile di euro | € |
|  | Mutuo mensile prima abitazione di euro | € |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Altre informazioni relative alle spese certificabili ( finanziamenti in corso , assegno di mantenimento ecc…) | ( indicare tipologia e importo) |

* di essere a conoscenza che il Comune di Roccapiemonte, in sede di istruttoria o successivamente all’erogazione dei buoni spesa, potrà esperire accertamenti tecnici ed ispezioni e ordinare esibizioni documentali per la verifica di quanto dichiarato;
* di essere consapevole che il trattamento dei propri dati viene svolto dal Comune di Roccapiemonte, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e ss.mm. E dal regolamento europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 (DGPR) e che il responsabile per la protezione dei dati è la società ASMENET società consortile srl;
* di accettare tutte le condizioni individuate dal Comune di Roccapiemonte che consentiranno l’accesso al beneficio nonchè, con la firma della presente istanza, il conferimento della Delega al Comune di Roccapiemonte, in caso di accoglimento della presente istanza e limitatamente al contributo concesso, ad effettuare il pagamento del corrispettivo per buoni spesa direttamente al/ai titolare/i dell’attività commerciale accreditata dal Comune.

Lì…………………,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Firma

**allegare:**

**copia fotostatica del documento di riconoscimento in corso di validità del firmatario**

**tessera sanitaria**

**eventuali spese certificabili**

**decreto invalidità ovvero Legge 104/92**