

Allegato A)

AL COMUNE DI CASTROLIBERO

SERVIZI SOCIALI

SEDE

**RICHIESTA BUONI SPESA PER EMERGENZA COVID-19. MISURE DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE D.L. 154/2020**

Il/La sottoscritt \_\_\_ / \_\_\_\_\_, nato/a il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_), C.F. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_), via  
\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

di usufruire del buono spesa previsto dal Decreto Legge 23 novembre 2020 n.154 “Misure finanziarie urgenti connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”giusto avviso pubblico n. 1806 del 24.12.2020.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali per le falsi dichiarazioni

**DICHIARA**

- di essere residente, unitamente ai componenti il proprio nucleo familiare, nel Comune di Castrolibero;
- che il proprio nucleo familiare per come nel seguito esposto versa nelle condizioni di disagio economico e di bisogno derivante dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19;
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

n.	Nome	Cognome	Data di nascita	Grado di parentela
1				Richiedente
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

**(Barrare solo la casella che interessa)**

**Criterio di ammissione prioritario**

di **NON AVERE PERCEPITO**, nel mese di **Novembre 2020**, a nome proprio o di altro componente il nucleo familiare, alcuna forma di **sostegno pubblico** (Naspi, Cassa integrazione ordinaria e in deroga, Indennità di mobilità, Reddito di Cittadinanza, Rei, Reddito di Emergenza, Indennità speciali connesse all'emergenza Covid-19, comunque denominate, ecc.) o di altro **reddito** (Redditi da lavoro, pensioni, pensioni sociali, di invalidità, ecc.);

*Oppure*

**Criterio di ammissione secondaria**

**DI AVERE PERCEPITO** nel mese di **Novembre 2020**, a nome proprio o di altro componente il nucleo familiare, misure di sostegno pubblico (Naspi, Cassa integrazione ordinaria e in deroga, Indennità di mobilità, Reddito di Cittadinanza, Rei, Reddito di Emergenza, Indennità speciali connesse all'emergenza Covid-19, comunque denominate, ecc.) o **altri redditi** (Redditi da lavoro, pensioni, pensioni sociali, di invalidità, ecc.), fino a **€ 500,00** totali per l'intero nucleo familiare e precisamente pari a € \_\_\_\_\_ a titolo di \_\_\_\_\_ (*indicare la tipologia*)

Che nel proprio nucleo familiare sono presenti le seguenti persone con disabilità (art. 3, comma 3, Legge 104/92);

(indicare nome e cognome):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Che il nucleo familiare risiede in abitazione in affitto;

Che nel nucleo familiare sono presenti n° \_\_\_\_\_ figli minori da 0 a 6 anni;

Che nessuno dei componenti il nucleo familiare ha presentato istanza per ottenere il medesimo beneficio.

Allega un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nell'autodichiarazione ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e del Regolamento UE n° 679/2016.

Castrolibero, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_