

Allegato A)

AL COMUNE DI CASTROLIBERO

SERVIZI SOCIALI

SEDE

RICHIESTA BUONI SPESA PER EMERGENZA COVID-19. MISURE DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE D.L. 154/2020 - "2° AVVISO PUBBLICO".-

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 2° Avviso Pubblico n° 259 del 05/02/2021.

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 **€ 800,00** 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 il/la sottoscritt__ e nessuno dei componenti il nucleo familiare ha presentato istanza per ottenere il medesimo beneficio nel precedente avviso pubblico.

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 lì , _____

Firma del dichiarante
