# EMERGENZA SANITARIA LEGATA A DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19 MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

**Oggetto: ISTANZA DI ACCESSO AI “BUONI SPESA” DI CUI AL DECRETO LEGGE N. 154/2020**

Il/la sottoscritto/a nato/a

il residente in via n°

CodiceFiscale tel

e-mail

trovandosi in uno stato di bisogno che, allo stato, gli preclude la possibilità di procurarsi ed acquistare generi alimentari e di prima necessità per sostenere il proprio nucleo familiare

Consapevole:

* che ai sensi dell’articolo 76, comma 1, del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale;
* che ai sensi dell’art. 75 del DPR n. 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere;
* che ai sensi dell’articolo 71 del DPR 445/2000, **l’ente pubblico ha l’obbligo di effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato**,ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000;

# CHIEDE

di poter accedere al benefico “Buoni Spesa” di cui all'art. 2, comma 6, del Decreto Legge

n. 154/2020, per l'acquisto di alimenti di prima necessità, e a tal fine

# DICHIARA

**(si chiede di compilare tutti i campi interessati)**

di essere residente nel Comune di Bolognola;

di non percepire alcun reddito;

di non essere percettore di Reddito di Cittadinanza oppure

di essere percettore di Reddito di Cittadinanza per un importo mensile di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di trovarsi nella condizione di disoccupato a far data dal e che prima

di tale data era impiegato presso con mansione di

di non aver accesso ad alcuna forma di sostegno alimentare (Croce Rossa, Banco Alimentare,

Caritas ecc.) oppure

di possedere un I.S.E.E inferiore o uguale ad € 7.000,00 (si allega attestazione I.S.E.E in corso di validità)

di aver accesso alle forme di sostegno alimentare (Croce Rossa, Banco Alimentare, Caritas ecc.)

di non percepire indennità di disoccupazione, ammortizzatori sociali (es. Naspi, CIG, ecc.) o altra fonte di sostegno di welfare pubblico

oppure

di essere beneficiario indennità di disoccupazione, ammortizzatori sociali (es. Naspi, CIG, ecc.) o altra fonte di sostegno di welfare pubblico per una somma complessiva di € ………………….

mensili per l’intero nucleo familiare;

di aver perso il lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati dal Governo e Regione Marche in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19 e che precedentemente lavorava presso oppure svolgeva i seguenti lavori saltuari/occasionali

di non aver richiesto e di non essere destinatario di alcuna delle misure di sostegno economico previste dal D.L. n. 18 del 17/3/20 (“Cura Italia”) oppure di aver fatto richiesta in data

che il proprio nucleo familiare (come da stato di famiglia) oltre al dichiarante stesso, è così composto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | **SITUAZIONE ATTUALE** |
| **Nominativo** | **Luogo e data di nascita** | **Codice fiscale** | **Grado di parentela** | **(occupato/a regolarmente, disoccupato/a, casalinga, studente ecc)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

di richiedere la concessione del beneficio per il seguente motivo (barrare l’opzione che interessa):

* a causa dell’epidemia in corso ha perso il lavoro svolto in precedenza;
* a causa dell’epidemia in corso ha dovuto rinunciare ai lavori saltuari/ occasionali con i quali sosteneva la propria famiglia;
* di non poter svolgere alcuna attività lavorativa in quanto posto in quarantena a causa dell’epidemia;
* è inoccupato o disoccupato, al pari di tutti i componenti il nucleo familiare, e a causa dell’epidemia in corso ha dovuto interrompere la ricerca di un lavoro.
* Possesso di attestazione I.S.E.E inferiore o uguale ad € 7.000,00;
* Altro (specificare)
* Di richiedere l’accredito del rimborso spettante sul seguente IBAN:

Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a comunicare tempestivamente ogni variazioni della situazione socio-economica del proprio nucleo.

il/la sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza darà accesso al beneficio richiesto solo previa autorizzazione posta dal Responsabile del Servizio e che i dati richiesti sono resi ai fini dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici.

Con la presente autorizza il Comune di Bolognola al trattamento trattamento dei dati personali esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad essa connesso ai sensi del Regolamento UE 679/2016.

Si allega alla presente:

* fotocopia del documento d’identità del richiedente;
* attestazione I.S.E.E in corso di validita’;

Firma

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

Il Responsabile del Servizio, ai sensi della determinazione n. 50/ 167 del 06.05.2021, con la quale è stato approvato l’Avviso pubblico avente per oggetto **“BUONI SPESA FASE 3 RIAPERTURA TERMINI PER LA PRESENTAZIONE DELLE ISTANZE DI ACCESSO AL BENEFICIO BUONI SPESA”**

# □ AUTORIZZA □ NON AUTORIZZA

**l'erogazione del beneficio al/la sig./ra di un “buono spesa” di importo pari a €**