

Modello di domanda

Al Comune di VENOSA
Settore Servizi alla Persona – Area n.2 AMMINISTRATIVA
a mezzo PEC al seguente indirizzo protocollo@pec.comune.venosa.pz.it;
a mezzo mail al seguente indirizzo protocollo@comune.venosa.pz.it.

**RICHIESTA ASSEGNAZIONE “BUONI SPESA” DI CUI ALL’ORDINANZA DEL CAPO
DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29/03/2020**

Dichiarazione sostitutiva di notorietà ai sensi dell’art.47 del D.P.R. N. 445 del 28/12/2000

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a il

C.F. residente nel Comune di

in Via/Piazza n. tel.

cellulare _.....

email _.....

PEC.....

CHIEDE

che gli/le sia concesso **il buono spesa per l'emergenza epidemiologica CODID 19** previsto dall'**OCDPC n. 658 del 29/03/2020**, come disciplinato dal relativo **Avviso Pubblico** pubblicato sul sito istituzionale del COMUNE DI VENOSA.

A tal fine, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole di decadere dal beneficio e di incorrere in responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio di cui all’art. 1, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 9 marzo 2020 concernenti lo spostamento delle persone fisiche all’interno di tutto il territorio nazionale, nonché delle sanzioni previste dall’art. 4, comma 1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell’8 marzo 2020 in caso di inottemperanza (art. 650 C.P. salvo che il fatto non costituisca più grave reato);
- di essere cittadino italiano; *(in alternativa)*
- di essere cittadino di uno Stato appartenente all’Unione europea; *(in alternativa)*
- di essere cittadino di uno Stato non appartenente all’Unione Europea e di essere in possesso di permesso di soggiorno, in corso di validità;
- di essere residente a VENOSA in via:.....;

- di agire in rappresentanza del nucleo familiare di appartenenza composto come segue (indicare tutte le generalità del nucleo familiare nome, data di nascita, etc.):

Cognome e Nome	Luogo e Data di nascita	Grado di parentela

- che nessuno degli altri componenti del nucleo familiare ha fatto richiesta presso il Comune del medesimo sostegno alimentare di cui alla presente domanda;
- di non avere disponibilità finanziarie su conto corrente bancario/postale o altre forme di deposito economico (riferite a tutto il nucleo familiare) alla data di sottoscrizione, che consentano l'acquisto di beni alimentari;
- Che il proprio Nucleo familiare dispone dei requisiti oggettivi per rientrare tra quelli beneficiari della misura di "solidarietà alimentare", giusta Ordinanza DPCM Protezione Civile n.658 del 29 marzo 2020, in quanto risulta (*barrare le opzioni che interessano*):
- essere cittadino privo di qualunque forma di reddito dal 01/01/2020 fino alla presentazione della domanda in quanto:**
 - Disoccupato
 - Licenziato
 - Non percepisco prestazioni a sostegno del reddito (Reddito di cittadinanza, Rei, Naspi, Cassa integrazione, disoccupazione etc.);
 - Nel proprio nucleo familiare non vi sono componenti dipendenti regolarmente stipendiati, pensionati o destinatari di altre misure di sostegno pubblico (Reddito di cittadinanza, Rei, Naspi, Cassa integrazione, disoccupazione etc.);
 - essere cittadino privo di qualunque forma di reddito alla data di presentazione della domanda** (per cui sono ammessi agli aiuti anche coloro che svolgevano lavoro subordinato o autonomo fino al giorno della sospensione disposta dal governo nazionale e che oggi non hanno alcuna entrata), **in quanto:**
 - Disoccupato
 - Licenziato
 - Non percepisco prestazioni a sostegno del reddito (Naspi, Cassa integrazione, disoccupazione);
 - Nel proprio nucleo familiare non vi sono componenti dipendenti regolarmente stipendiati, pensionati o destinatari di altre misure di sostegno pubblico (Reddito di cittadinanza, Rei, Naspi, Cassa integrazione, disoccupazione, etc.);

- ho chiuso l'attività autonoma a causa dei decreti COVID 19 a far data dal (formato gg/mm/aaaa): _____;

Essere cittadino:

- percettore di reddito per Euro/mese:**

- e/o che nel proprio nucleo familiare vi sono componenti percettori di reddito per euro:**

(specificare in quale della/e seguente/i categoria/e rientra/no il/i percettore/i di reddito):

- dependenti regolarmente stipendiati per euro/mese:

- pensionati per euro/mese:

- destinatari di Reddito di cittadinanza per euro/mese:

- percettori del beneficio REI per euro:

- percettori del beneficio Naspi per euro:

- percettori del beneficio Cassa integrazione:

- percettori del beneficio disoccupazione per euro:

- altro beneficio per euro:

DICHIARA, inoltre,

che il proprio nucleo familiare ha le seguenti caratteristiche:

NUCLEO FAMILIARE COMPOSTA DA N. _____ PERSONE DI CUI:

- Ultra Sessantacinquenni** che non percepiscono alcuna forma di assistenza previdenziale:
(specificare il numero) _____;
- Persone con disabilità** che non percepiscono indennità di accompagnamento:
(specificare il numero) _____;
- Soggetti affetti da patologie croniche:**

(specificare numero di soggetti e tipologia da cui ciascuno è affetto)

- _____;
- Minori:** (specificare il numero) _____;
 - Componente intestatario di un regolare contratto di locazione relativo ad immobile destinato a residenza del Nucleo familiare richiedente:**
(specificare estremi del contratto e della relativa registrazione)
_____;
 - componente intestatario di un contratto di mutuo relativo ad immobile destinato a residenza del Nucleo familiare richiedente, qualora il pagamento delle relative rate non sia sospeso per effetto delle misure di sostegno economico di contrasto dell'emergenza epidemiologica da COVID-19:**
(specificare estremi del contratto e della relativa registrazione)
_____;

DICHIARA altresì

- Di aver preso visione dell'*Ordinanza* di cui all'oggetto, nonché dell'*Avviso pubblico rivolto ad individui e nuclei familiari in particolari condizioni di disagio economico finalizzato all'adozione di misure di solidarietà alimentare mediante buoni spesa* pubblicato sul sito istituzionale del Comune di Venosa e di tutte le disposizioni contenute in tali documenti e di accettarle incondizionatamente;
- Di essere consapevole e di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto;
- Di essere consapevole che, in caso di mancanza o incompletezza della dichiarazione, la presente istanza non verrà presa in considerazione e, conseguentemente, il sottoscritto non accederà al beneficio;
- Di essere consapevole che la presente dichiarazione sarà inviata agli organi di competenza per il controllo della veridicità di quanto in essa dichiarato e che, in caso di accertata non spettanza del beneficio a seguito di mia dichiarazione mendace, il beneficio sarà revocato e l'Ente procederà alle denuncia alle competenti Autorità;
- Dichiaro, altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. Del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali richiesti sono necessari ai fini di dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici, finalizzata all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare, e che saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito dei procedimenti connessi alla verifica della presente autodichiarazione.

Data e luogo

Firma

- Allega copia fotostatica di un documento di identità.

NB: a pena di esclusione è necessario allegare copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del dichiarante.