

**Al Comune di San Michele al Tagliamento
Piazza Libertà, 2**

30028 SAN MICHELE AL TAGLIAMENTO (VE)

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

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Nato/a _____ il _____

Residente o domiciliato a SAN MICHELE AL TAGLIAMENTO

Via _____ n. _____

cell. n. _____ e-mail _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 relativo a falsità in atti e dichiarazioni mendaci , e di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n. 445/2000, e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiere, di cui all'art.75 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, fatte salve, in ogni caso, le sanzioni penali previste dall'art. 76;

D I C H I A R A

1) di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al virus COVID-19 di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2020;

2) che nessun altro componente del nucleo familiare ha fatto né farà richiesta finalizzata ad ottenere il medesimo beneficio;

3) che nessun componente del nucleo familiare beneficia di erogazioni di beni di prima necessità effettuate da associazioni di volontariato/caritas/banco alimentare etc.;

4) che il nucleo familiare è in carico all'associazione _____ e che beneficia di _____ con la seguente regolarità e frequenza _____;

5) che il nucleo familiare è così composto:

COGNOME _____ NOME _____ Relazione di parentela : <input type="checkbox"/> IS (intestatario) <input type="checkbox"/> CG (coniuge) <input type="checkbox"/> CO (convivente) <input type="checkbox"/> FG (figlio/a) <input type="checkbox"/> NP (nipote) Attività' lavorativa svolta (*) : _____ Reddito mensile percepito alla data della domanda in Euro _____
COGNOME _____ NOME _____ Relazione di parentela : <input type="checkbox"/> IS (intestatario) <input type="checkbox"/> CG (coniuge) <input type="checkbox"/> CO (convivente) <input type="checkbox"/> FG (figlio/a) <input type="checkbox"/> NP (nipote) Attività' lavorativa svolta (*) : _____ Reddito mensile percepito alla data della domanda in Euro _____
COGNOME _____ NOME _____ Relazione di parentela : <input type="checkbox"/> IS (intestatario) <input type="checkbox"/> CG (coniuge) <input type="checkbox"/> CO (convivente) <input type="checkbox"/> FG (figlio/a) <input type="checkbox"/> NP (nipote) Attività' lavorativa svolta (*) : _____ Reddito mensile percepito alla data della domanda in Euro _____
COGNOME _____ NOME _____ Relazione di parentela : <input type="checkbox"/> IS (intestatario) <input type="checkbox"/> CG (coniuge) <input type="checkbox"/> CO (convivente) <input type="checkbox"/> FG (figlio/a) <input type="checkbox"/> NP (nipote) Attività' lavorativa svolta (*) : _____ Reddito mensile percepito alla data della domanda in Euro _____
COGNOME _____ NOME _____ Relazione di parentela : <input type="checkbox"/> IS (intestatario) <input type="checkbox"/> CG (coniuge) <input type="checkbox"/> CO (convivente) <input type="checkbox"/> FG (figlio/a) <input type="checkbox"/> NP (nipote) Attività' lavorativa svolta (*) : _____ Reddito mensile percepito alla data della domanda in Euro _____
COGNOME _____ NOME _____ Relazione di parentela : <input type="checkbox"/> IS (intestatario) <input type="checkbox"/> CG (coniuge) <input type="checkbox"/> CO (convivente) <input type="checkbox"/> FG (figlio/a) <input type="checkbox"/> NP (nipote) Attività' lavorativa svolta (*) : _____ Reddito mensile percepito alla data della domanda in Euro _____

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

6) che nessun componente del nucleo familiare è beneficiario di Reddito di cittadinanza, oppure, che i seguenti componenti beneficiano del reddito di cittadinanza:

_____ € _____ mensili;

7) che nessun componente del nucleo familiare è beneficiario di pensione/assegni/indennità/erogazioni italiane o estere, oppure, che i seguenti componenti percepiscono per:

(tipologia beneficio) _____ € _____ mensili;

(tipologia beneficio) _____ € _____ mensili;

(tipologia beneficio) _____ € _____ mensili;

8) che nessun componente del nucleo familiare ha inoltrato richiesta di indennità di disoccupazione a seguito di cessazione del rapporto di lavoro oppure che i seguenti componenti del nucleo percepiscono o hanno percepito l'ultima mensilità di NasPi:

nel mese di _____ beneficiario _____ per € _____ ;

nel mese di _____ beneficiario _____ per € _____ ;

9) che il nucleo familiare non dispone di una giacenza bancaria / postale, alla data del 29.03.2020, superiore ad € 5.000.00.== (Cinquemila.=);

10) che l'attuale situazione economica familiare è la seguente (es. indicare da quanto il reddito familiare si è ridotto, l'ultimo stipendio percepito dai componenti del nucleo ed il relativo ammontare, ogni altra causa idonea a giustificare la richiesta): _____

11) di essere a conoscenza che il Comune di San Michele al Tagliamento, 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;

12) di essere consapevole che il trattamento dei propri dati viene svolto dal Comune di San Michele al Tagliamento, 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 dal regolamento europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 (DGPR) e che il responsabile per la conservazione dei dati è la dott.ssa Tamara Plozzer;

13) di accettare tutte le condizioni individuate dal Comune di San Michele al Tagliamento che consentiranno l'accesso al beneficio nonché, con la firma della presente istanza, il conferimento della Delega al Comune di San Michele al Tagliamento, 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

a tal fine,

CHIEDE

L'erogazione di Buoni Spesa in proprio favore, a beneficio del proprio nucleo familiare come sopra dichiarato e si impegna, in caso di assegnazione accordata, ad utilizzarli **ESCLUSIVAMENTE** per l'acquisto di **GENERI ALIMENTARI/PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA'**.

Data _____

Firma _____

(Firma per esteso)

Il presente modulo, debitamente firmato e accompagnato da copia di carta di identità del richiedente, può essere inoltrato mezzo mail all'Ufficio Servizi Sociali del Comune di San Michele al Tagliamento al seguente indirizzo: servizi.sociali@comunesanmichele.it oppure, per chi non ha la possibilità di inviare la domanda via e-mail, previa intervista telefonica tramite operatore dell'ente, che compilerà la

domanda in tutte le sue parti e la trasmetterà ai Servizi Sociali del Comune per l'esame e la valutazione da parte dell'Assistente Sociale.

Tramite volontari delle Associazioni del Terzo Settore disponibili, i beneficiari riceveranno la stampa del modello di domanda debitamente compilato, che va sottoscritto, corredato della carta d'identità e riconsegnato al volontario.