**AUTODICHIARAZIONE PER RICHIESTA DI BUONI SPESA PER GENERI ALIMENTARI E BENI DI PRIMA NECESSITA’**

**(Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 658 del 29.03.2020)**

 Al Sindaco del Comune di

 FOSSOMBRONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a Fossombrone in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del DPR n° 445 del 28 dicembre 2000, consapevole che tutte le dichiarazioni rese con la presente domanda sono riferite alla data di presentazione della domanda stessa, avendo preso sufficiente visione dell’avviso pubblico e accettandone incondizionatamente condizioni e prescrizioni ivi contemplate, con particolare riferimento alle modalità operative e di assegnazione dei buoni spesa, nonché all’utilizzo dello stesso

**CHIEDE**

di poter accedere alla fruizione dei buoni spesa utilizzabili per l’acquisto di generi alimentari e beni di primaria necessità, di cui all’ordinanza n. 658/2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile

**A tal fine, dichiara:**

**1)** **di far parte di un nucleo familiare particolarmente esposto agli effetti economici derivanti dall’emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e di essere in stato di bisogno;**

**2)** che il proprio nucleo famigliare è anagraficamente costituito dai seguenti componenti:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **grado di parentela** | **COGNOME** | **NOME** | **data di nascita** | *fare una crocetta in presenza delle seguenti condizioni alla data di presentazione della domanda* |
| **minori 0-3 anni** | **disabili** |
| 1 | *richiedente* |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**3)** di essere residente nel Comune di Fossombrone alla data di pubblicazione dell’avviso, in un immobile **(BARRARE LA CASELLA):**

□ di proprietà

□ in locazione, con regolare contratto, con canone mensile di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ in locazione presso un alloggio comunale o alloggio dell'erap con canone mensile di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**4)** che il/la sottoscritto/a e i componenti del proprio nucleo familiare:

* **a**. non sono dipendenti di enti pubblici;
* **b.** non sono dipendenti di aziende che hanno continuato la loro attività produttiva;
* **c.** non percepiscono indennità statali, reddito di cittadinanza, indennità di disoccupazione, cassa integrazione guadagni o altre forme di sostegno previste a livello locale, regionale, ecc..;
* **d.** percepiscono indennità statali, reddito di cittadinanza, indennità di disoccupazione o altre provvidenze economiche (indicare quali ed il relativo importo):

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **e.** di non essere titolari alla data del 31.03.2020 di depositi bancari, postali o di qualsiasi altra forma di investimento mobiliare per un importo complessivo superiore a € 10.000,00;

**5)** il sottoscritto, in caso di accoglimento della domanda, autorizza codesto Ente ad accreditare il valore dei buoni spesa

al medesimo spettanti, direttamente agli esercizi commerciali convenzionati, presso i quali il sottoscritto si rivolgerà.

6) il sottoscritto, ai sensi e per gli effetti dell’art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, ACCONSENTE al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all’informativa allegata ivi inclusi quelli considerati come categorie particolari e dichiara inoltre di avere preso visione dell'avviso pubblico adottato da questo Ente per l'adozione di misure urgenti di solidarietà alimentare ;

**Allega fotocopia carta d'identità** **o di altro documento di identità ed autorizza i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (*es. anagrafe, servizi sociali ecc.*) e nazionali (*es. INPS, Guardia di Finanza ecc.*)**

Fossombrone, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO All'UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

Acquisiti i seguenti documenti:

1) Visura relativa allo stato di famiglia anagrafico;

2)Documenti relativi ad altri contributi comunali, regionali e nazionali………………………………………………………………….............................................................................................................................................................................................................................................................................

**3)Quantificazione BUONO SPESA:**

- Assenza di qualsiasi forma di reddito all’interno del nucleo famigliare dovuti dall'emergenza Covid-19 e assenza di altre forme di sostegno pubblico:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| n.componenti nucleo | presenzaminori 0-3 anni | presenza disabili | canone di locazione  | **importo totale****buono spesa** | n.buoni spesa | priorità |
| da € 10 | da € 20 |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| €  | € |  | € | **€**  |  |  |

Presenza nel nucleo di soli redditi derivanti da ammortizzatori sociali o di altre forme di sostegno pubblico

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| n.componenti nucleo | presenzaminori 0-3 anni | presenza disabili | canone di locazione | **importo totale****buono spesa** | n.buoni spesa | priorità |
| da € 10 | da € 20 |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| € | € |  | € | **€** |  |  |

l’istante:

* Viene ammesso al beneficio
* Viene escluso dal beneficio per i seguenti motivi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lì, …………………………….

Il Responsabile del Servizio

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_