



**COMUNE di PUTIFIGARI
UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

Tel. 079/90.50.23 Fax 079/90.50.10

Mail comune.putifigari@tiscali.it Pec: protocollo.putifigari@legalmail.it

**Al Comune di Putifigari
- SERVIZI SOCIALI-
P.zza Boyl**

MODULO DI DOMANDA BUONI SPESA A NUCLEI FAMILIARI IN CONDIZIONE DI DISAGIO ECONOMICO – MISURE DI CONTENIMENTO EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID - 19 – RESIDENTI NEL COMUNE DI PUTIFIGARI

Misure urgenti di solidarietà alimentare” di cui all’articolo 2 del decreto legge 23 novembre 2020, n. 154 .

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

residente in _____(in caso di cittadini stranieri Extracomunitari

allegare permesso di soggiorno) alla via _____N° _____

tel _____ cell _____

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;
- che tutte le informazioni fornite saranno trasmesse alle Autorità competenti per i controlli di rito sulla veridicità degli stessi;

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio di cui all’oggetto sottoforma di “Buoni Spesa” oppure di fornitura di generi alimentari di prima necessità

DICHIARA

1. Che il proprio nucleo familiare, allo stato attuale, non percepisce alcuna fonte di reddito.
2. Di non appartenere alla categoria dei commercianti, artigiani, professionisti e titolari di partita d’iva che hanno diritto al contributo di € 600,00 previsto dal D. L. “Cura Italia”.
3. Di possedere i seguenti **ELEMENTI DI PRIORITÀ** **(barrare la casella che interessa):**

- di non ricevere sostegno attraverso la consegna di pacchi alimentari;
- di non essere assegnatario di alcun sostegno pubblico (per esempio **REI, REIS, Cassa Integrazione, Naspi, Pensione, Pensione d'invalidità ecc.**) e di non percepire alcuna fonte di reddito erogato dallo Stato o dalla Regione;
- di avere la seguente **CONDIZIONE ABITATIVA** (**Barrare l'opzione d'interesse**):
 - a) di essere titolare di alloggio pubblico b) abitazione di proprietà c) abitazione in locazione
 - d) abitazione in comodato d'uso e) altro.....

NUCLEO FAMILIARE :

- nucleo monogenitoriale ○ nucleo familiare con n°1 minore a carico
- nucleo familiare con 4 componenti con 2 figli minori
- nucleo familiare con 5 componenti e/o 2 figli minori);

Per coloro che alla data odierna **beneficiano** di un **contributo**: (**barrare e compilare la casella che interessa**):

○ reddito di cittadinanza per € _____ mensili	○ assegno sociale per € _____ mensili
○ contributo regionale REIS per € _____ mensili	○ pensione o indennità INAIL per € _____ mensili
○ pensione d'invalidità civile per € _____ mensili	○ indennità o pensione di guerra per € _____ mensili
○ indennità di frequenza (in caso di minori) per € _____ mensili	○ assegni mensili continuativi erogati dalla Regione (es. provvidenze a favore di Talassemici, Nefropatici, Sofferenti mentali per € _____ mensili
○ indennità di accompagnamento per € _____ mensili	○ altro contributo erogato dallo stato o dalla Regione es. Cassa Integrazione, REI, RMI (reddito minimo di inserimento) Naspi- Inps, Indennità di mobilità, trasferimenti pensionistici, ecc. per € _____ mensili

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

N	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	PARANTELA
1				
2				
3				
4				
5				
6				

CHIEDE

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;
- ha dovuto rinunciare ai lavori occasionali con i quali sosteneva la propria famiglia;
- ha dovuto interrompere la ricerca di un lavoro;
- di non poter svolgere alcuna attività lavorativa in quanto posto in quarantena a causa dell'epidemia;
- altro(specificare)_____

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 679/2016).

Firma _____

Putifigari, li ____/____/2020

Si allega alla presente fotocopia del documento d'identità del dichiarante

INFORMATIVA PRIVACY

I dati personali forniti nell'istanza e nella documentazione ad essa allegata, nel rispetto delle disposizioni vigenti, saranno trattati e utilizzati per i fini connessi all'espletamento della procedura in oggetto e per i fini istituzionali dall'Amministrazione Comunale.

In conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto indispensabile per l'espletamento delle procedure richieste.

Il rifiuto del conferimento dei dati oppure la mancata indicazione di alcuni di essi potrà comportare l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria.

Il trattamento dei dati sarà effettuato con l'ausilio di mezzi informatici e potranno essere comunicati agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento e a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa.