COMUNE DI MONGIANA
PROVINCIA DI VIBO VALENTIA
Corso Vittorio Emanuele III – 89823 MONGIANA (VV)
Tel: 0963.311087
PEC: comune.mongiana@asmepec.it
email: ufficio.protocollo@comune.mongiana.vv.it

Modello di domanda

Al Comune di MONGIANA

RICHIESTA ASSEGNAZIONE "BUONI SPESA"

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. .....

cellulare1.....

email: .....

PEC ……...……...……..

CHIEDE

che gli/le sia concesso **il buono spesa per l'emergenza epidemiologica COVID 19**, come disciplinato dal relativo **Avviso Pubblico** pubblicato sul sito istituzionale del COMUNE DI MONGIANA.

Che gli/le sia concesso compensazione con delega all'incasso per le utenze di seguito indicate:

Utenza_____

Utenza_____

Utenza_____

Utenza_____

Utenza_____

Utenza_____

Utenza_____

Utenza_____

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 cittadino italiano
- di essere cittadino di uno Stato appartenente all'Unione europea
- 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 agire in rappresentanza del nucleo familiare di appartenenza composto da n°_____ come di seguito indicato:

n°	Cognome e Nome	Luogo e Data di nascita	Grado di parentela
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

- che sono presenti nel nucleo familiare n°_____ componenti minori di 3 anni
  - *nominativo:*_____
    _____
- che sono presenti nel nucleo familiare n°_____ componenti disabili (in tal caso allegare copia documentazione accertante la patologia) *nominativo:*_____
- che sono presenti nel nucleo familiare n°_____ componenti ultrasessantacinquenni
  - *nominativo:* _____
- Che nessun componente del nucleo familiare ha fatto richiesta presso il medesimo o altro Comune per il 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*)

A tal proposito specifica:

- **Di essere privo** di qualunque forma di reddito dal 01/01/2020 fino alla data di presentazione della domanda in seguito a:
  - Inoccupazione
  - Disoccupazione
  - Licenziamento
  - Sospensione attività lavorativa
  - Altre cause (specificare)_____

- **Di aver subìto** una riduzione del reddito familiare durante l'anno in corso in seguito a:
  - Disoccupazione dal___/___/_____
  - Licenziamento dal ___/___/_____
  - Sospensione attività lavorativa dal___/___/_____
  - Altre cause (specificare)_____dal___/___/_____

- **Che NON SONO presenti** nel nucleo familiare componenti lavoratori dipendenti, autonomi, stagionali o a intermittenza, pensionati o percettori di altri redditi o misure di sostegno pubblico (Reddito di cittadinanza, Rei, Rem, Naspi, Cassa integrazione, disoccupazione etc.)

- **Che SONO presenti** nel proprio nucleo familiare
  - *dipendenti regolarmente stipendiati per euro/mese:* _____
  - *lavoratori autonomi/stagionali/a intermittenza per euro/mese:* _____
  - *pensionati per euro/mese:* _____
  - *destinatari di Reddito di cittadinanza per euro/mese:* _____
  - *percettori del beneficio Naspi per euro:* _____
  - *percettori del beneficio Cassa integrazione:* _____
  - *percettori del beneficio disoccupazione per euro:* _____
  - *altro beneficio per euro: (Rem o altro sussidio comunque denominato)*_____

- che il valore del **reddito ISEE** per l'anno 2020 è compreso tra €:
  - 0,00 e 1.500
  - 1.501 e 3.500
  - 3.501 e 5.760
  - 5.761 e 11.000

- Allego la seguente documentazione in copia e in corso di validità
  - Copia documento di identità
  - Modello ISEE
  - Documentazione accertante Invalidità Civile/Inabilità/eventuali patologie
  - Altro (specificare) _____

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 Mongiana 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;
- Dichiara, 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.

Luogo e data _____

Firma

_____