

**MODULO DI RICHIESTA
BUONI SPESA “SOLIDARIETÀ ALIMENTARE”**

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. (____) il _____

Residente nel Comune di Capitignano (art. 2 dell’Avviso) in via _____
n. _____

n. telefono _____ email _____

codice fiscale _____

documento di identità _____ n. _____

rilasciato da _____ in data _____

chiede l’erogazione di buoni spesa ai sensi del Decreto Legge, 25 maggio 2021, n.73

Consapevole delle conseguenze amministrative e penali previste dagli articoli 75 e76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di false attestazioni o dichiarazioni, ivi compresa la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

DICHIARA:

1) Che il proprio nucleo familiare convivente alla data del _____, è composto da (art. 1 e art.3, lett. c),d),e),f) dell’Avviso):

Cognome e Nome	Sesso (M/F)	Posizione in famiglia	Età	Condizione Lavorativa (Lavoratore autonomo/Lavoratore Dipendente/ Disoccupato/Studente)	Disabilità (Si/No)	In carico al Servizio Sociale (Si/No)

2) Di risiedere in un immobile di proprietà ovvero in locazione ovvero in uso gratuito e di non alloggiare in strutture di accoglienza (alloggi SIPROIMI/SPRAR, CAS, Housing First o similare, foresterie, comunità alloggio, asilo notturno, ecc.) (art. 2 dell’Avviso);

- 3) Che nel mese di APRILE 2021 (art. 2 dell'Avviso):
- le entrate nette di qualunque natura, anche riferite a contributi pubblici (es. retribuzioni da lavoro, pensioni, CIG (Cassa Integrazione Guadagni) e/o FIS (Fondo di integrazione salariale), Reddito di Cittadinanza, Reddito di Emergenza, NASPI, bonus nucleo familiare numeroso, assegni familiari, bonus nascita, bonus figli ecc.) effettivamente percepite dall'intero nucleo familiare ammontano complessivamente a €_____;

NOTA: NON RIENTRANO tra gli importi da sommare indennità/pensioni/contributi vari correlati alla disabilità, borse lavoro/studio/tirocini inclusivi/Servizi Inserimenti Lavorativi (SIL)

ovvero

- il nucleo familiare NON ha alcuna fonte di reddito, ivi includendo quelle derivanti da locazioni immobiliari, rendite e pensioni (art.3, lett. b dell'Avviso);

- 4) Che a causa della crisi da COVID-19:

- ha perso il lavoro principale/interrotto improvvisamente l'attività lavorativa e non ha ricevuto alcun ulteriore sostegno pubblico (art.3, lett. a) dell'Avviso);

ovvero

- NON ha perso il lavoro principale/interrotto improvvisamente l'attività lavorativa;

- 5) *"Altre dichiarazioni"* ovvero presenza di specifiche condizioni di disagio per cui necessita della misura urgente di solidarietà alimentare (art. 3, lett. g) dell'Avviso):

DICHIARA inoltre:

- Che nessun componente del proprio nucleo familiare ha presentato analoga domanda presso il Comune di Capitignano ovvero presso altri Comuni, nonché l'effettiva indisponibilità di risorse economiche per sé e/o per il proprio nucleo sufficienti a soddisfare le primarie esigenze della famiglia
- Di aver preso visione dell'Avviso pubblico del Comune di Capitignano contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n.679/2016.

Capitignano, li _____

Firma

Si allega fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità