**Al COMUNE DI PONTINIA**

**Ufficio Servizi Sociali**

**ISTANZA PER CONCESSIONE BUONI SPESA – EMERGENZA COVID-19**

**(Ordinanza Protezione Civile n. 658/2020 e DGR 138/2020)**

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   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 essere cittadino italiano;
2. 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;
3. di essere residente nel Comune di Pontinia o di aver presentato domanda di residenza in data precedente al 5/06/2020;
4. che nessun altro componente del nucleo familiare ha fatto né farà richiesta finalizzata ad ottenere il medesimo beneficio nel territorio italiano;
5. che il nucleo familiare è così composto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE** | COGNOME E NOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | RAPPORTO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. di non aver partecipato al precedente Avviso Pubblico, pubblicato con determinazione n. 93 del 02/04/2020;
2. di avere una condizione di disagio socio economico determinato dall’emergenza sanitaria in corso: ( barrare una delle condizioni di seguito elencate) :

* ho perso il lavoro durante l’emergenza sanitaria;
* ho avuto una riduzione del lavoro durante l’emergenza sanitaria;
* ho chiuso l’attività durante l’emergenza sanitaria;
* sono in cassa integrazione

1. che nel mio nucleo familiare vi sono le seguenti condizioni:

* persone che continuano la propria attività lavorativa:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GRADO DI PARENTELA** | **COMPENSO MENSILE** | **ATTIVITA’ LAVORATIVA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* persone che percepiscono eventuali ulteriori sostegni economici pubblici anche di natura previdenziale ( Pensione sociale, Reddito di Cittadinanza, Pensione di invalidità, pensione contributiva, sussidi di disoccupazione ( NASPI; ASPI Disoccupazione Agricola ecc…)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GRADO DI PARENTELA** | **COMPENSO MENSILE** | **NATURA DEL CONTRIBUTO**  Pensione sociale, Reddito di Cittadinanza, Pensione di invalidità, pensione contributiva, sussidi di disoccupazione |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. di aver richiesto gli aiuti previsti nell’ambito dell’emergenza Covid :

* cassa integrazione ordinaria e in deroga di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Percepita SI ﹰ NO
* Bonus Indennità COVID 19 ( riservato a lavoratori autonomi, partite IVA, agricoltura, lavoratori del settore turistico e dello spettacolo € 600,00: Percepita SI ﹰ NO

1. che il nucleo familiare possiede disponibilità economiche su conti correnti bancari o postali od altri depositi pari ad € alla data del 31/05/2020;
2. che il nucleo familiare possiede i seguenti beni immobiliari:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

1. che relativamente alla situazione economica familiare è a conoscenza che il Comune di Pontinia 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;
2. che il nucleo familiare è titolare di un contratto di locazione per uso abitativo per il quale è previsto un canone mensile di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. che il nucleo familiare sostiene mensilmente le seguenti spese fisse:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SPESA FISSA**  (mutuo, prestito, finanziamento, leasing, cessione del quinto) | **IMPORTO** | **MOTIVAZIONE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. che nel nucleo familiare sono presenti soggetti affetti da handicap e/o patologie croniche:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | PATOLOGIA | PERCENTUALE DI INVALIDITÀ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. di essere consapevole che il trattamento dei propri dati viene svolto dal Comune di Pontinia per lo 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 Francesca Pacilli;
2. di accettare tutte le condizioni stabilite nell’Avviso Pubblico del Comune di Pontinia relativo alla richiesta dei buoni spesa emergenza COVID 19.

**C H I E D E**

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 FARMACI, GENERI ALIMENTARI CON L’ESCLUSIONE DI SUPERALCOLICI.

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_