



AL COMUNE DI

RICHIESTA PER ACCEDERE AL BUONO SPESA FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE (ORDINANZA PROTEZIONE CIVILE 658/2020)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il ____/____/____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in _____ in via _____, _____

recapito telefonico _____ cellulare _____

email _____

CHIEDE

Per sé stesso o per il proprio nucleo familiare (convivente)

In nome e per conto di _____

nato/a a _____ (_____) il ____/____/____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in _____ in via _____, _____

in qualità di _____

(specificare: tutore, amministratore di sostegno, familiare delegato)

l'assegnazione dei buoni spesa per l'acquisto di generi di prima necessità, prodotti alimentari, prodotti per l'igiene personale e della casa, utenze domestiche (in questo caso verranno comunicate successivamente le specifiche modalità di erogazione del beneficio), a favore di persone e/o famiglie in condizioni di disagio economico e sociale causato dalla situazione emergenziale in atto, provocata dalla diffusione di agenti virali trasmissibili (COVID-19):

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del su citato D.Lgs. 445/2000;



DICHIARA

(Barrare o segnare la voce che interessa)

- che il proprio nucleo familiare convivente è composto da n. ____ persone di cui:
n. _____ minori da 0 a 3 anni;
- che nessun componente del proprio nucleo familiare ha presentato domanda presso altri Comuni italiani;
- per i cittadini stranieri non UE, di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità;
- che nessun componente del nucleo familiare percepisce altre forme di sostegno al reddito erogate da Enti Pubblici;
- di percepire forme di sostegno economico quali:
- Reddito di Cittadinanza,
 - REI,
 - Contributo Comunali (es. sussidio economico)
 - Contributo Regionali *Specificare* _____,
- dell'importo mensile o annuale di € _____
- di percepire/non percepire altre forme di sostegno economico previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto "Cura Italia") pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020 (es. ammortizzatori sociali, integrazione salariale, congedi, riduzioni orarie, indennità di sostegno);
- di avere/non avere accesso a forme di sostegno alimentare (es. banco Alimentare, Caritas, ecc.);
- di non percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare pubblico;
- di percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare pubblico nella misura mensile di € _____;
- di essere/non essere proprietario di immobili (con esclusione della casa di abitazione);
- che uno dei componenti il nucleo familiare ha contratto/non ha contratto un mutuo per l'acquisto della casa di abitazione (specificare l'ammontare della rata mensile del mutuo che è di € _____ e che ha presentato/non ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo);
- di avere/non avere disponibilità economiche (per sé e/o il proprio nucleo familiare) su conti correnti bancari, postali, ecc. sufficienti per l'acquisto di beni di prima necessità;
- di avere/non avere ISEE in corso di validità, o di aver richiesto ISEE nel 2019;
- di trovarsi nella seguente condizione di bisogno a causa dalla situazione emergenziale in atto (COVID-19):
- perdita del lavoro dipendente _____

Comune di Pieve di Soligo

Provincia di Treviso

Via E. Majprana, 186
31053 PIEVE DI SOLIGO TV
Telefono 0438 9853
C.F. 00445940265 P.I. 00445940265



Comune di Refrontolo

Provincia di Treviso

Piazza Vittorio Emanuele, 1
31020 REFRONTOLO TV
Telefono 0438 978103
C.F. 82001670262 P.I. 01974540260

perdita del lavoro autonomo _____

altro (specificare) _____

di aver perso il lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati da Governo in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19. A tal fine dichiara che era impiegato presso _____, con la mansione di _____ e che il rapporto si è interrotto in data ___/___/____;

DICHIARAZIONE SULLO STATO DI FAMIGLIA:

Nome e cognome	Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero...)	Professione (lavoratore, studente, disoccupato...)
1
2
3
4
5
6
7

Tanto sopra premesso, il/la sottoscritto/a chiede, come previsto dall'ordinanza n. 658 del 29.03.2020, di essere destinatario/a delle risorse di solidarietà alimentari per i seguenti motivi (es. indicare da quando il reddito familiare si è ridotto, l'ultimo stipendio percepito dai componenti il nucleo ed il relativo ammontare ed ogni altra causa idonea a giustificare la richiesta):

.....
.....

Comune di Pieve di Soligo

Provincia di Treviso

Via E. Majprana, 186
31053 PIEVE DI SOLIGO TV
Telefono 0438 9853
C.F. 00445940265 P.I. 00445940265



Comune di Refrontolo

Provincia di Treviso

Piazza Vittorio Emanuele, 1
31020 REFRONTOLO TV
Telefono 0438 978103
C.F. 82001670262 P.I. 01974540260

.....
Il sottoscritto dichiara infine di aver preso atto che i dati personali presenti nella presente istanza / autodichiarazione verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D. Lgs. N. 196/2003 e ss.mm.ii. e con la presente ne autorizza l'utilizzo.

Pieve di Soligo [], Refrontolo [], ____/____/____

Firma

Allega: copia documento d'identità in corso di validità o eventuale delega del richiedente

Di seguito il recapito per comunicazioni e consegna dei buoni spesa e/o per il sostegno al pagamento delle utenze domestiche:

Piazza/Via _____ Scala/Interno _____

Nome sul citofono _____

Altro recapito telefonico _____