**MODULO SOSTEGNO ALIMENTARE – COVID 19**

**AL COMUNE DI INARZO**

**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**DICHIARAZIONE DELLE CONDIZIONI PER L’ EROGAZIONE DI BUONI SPESA PER PRODOTTI ALIMENTARI**

**In attuazione della OCDPC n. 658 del 29/03/2020**

*da trasmettere per e-mail a:* *Info@comune.inarzo.va.it* - *comune.inarzo@pec.regione.lombardia.it*

OPPURE in busta chiusa nella cassetta della posta del Municipio di Inarzo

*con copia del documento di identità del firmatario*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email (eventuale)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del DPR 445/2000);

DICHIARA

[\_] di essere di sesso [\_]M [\_] F e di nazionalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\_]di essere nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\_]di essere residente ad Inarzo, in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\_] **di trovarsi in stato di disoccupazione/inoccupato;**

[\_] **di non essere percettore di ammortizzatori sociali;**

[\_] **di non essere percettore di Reddito di Inclusione***;*

[\_] **di non essere percettore di Reddito di Cittadinanza;**

[\_]**di essere percettore di Reddito di Cittadinanza pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili, insufficienti al sostentamento proprio e del proprio nucleo familiare;**

[\_] **di trovarsi in difficoltà economiche causate dall’emergenza Coronavirus in quanto, essendo di professione:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ha subito gravi conseguenze economiche sulla capacità di produrre il reddito e non ha attualmente la liquidità necessaria al sostentamento proprio e della propria famiglia perché:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\_] di non avere risparmi di pronta liquidità;

[\_] di disporre di liquidità finanziarie su conto corrente bancario/postale o altre forme di deposito ( intestati al dichiarante o ad altri componenti del nucleo familiare) per un ammontare limitato ad adempiere ad altre obbligazioni già assunte o a far fronte ad altre spese di prima necessità per il nucleo familiare ( utenze, farmaci, *eventuale* affitto, mutuo, ecc..);

[\_] che il proprio nucleo familiare è così composto:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°**  | **cognome**  | **nome** | **luogo di nascita** | **data di****nascita**  | **relazione di** **parentela** |
| **1** |  |  |  |  | **intest. scheda** |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |

che nel nucleo familiari sono presenti:

[\_] bambini fino a 2 anni:

[\_] soggetti con disabilità;

Il sottoscritto **DICHIARA,** altresì, che:

[\_] che nessun componente del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico;

 *ovvero*

[\_] che il seguente componente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è titolare del seguente sostegno pubblico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( reddito di cittadinanza, REI, NASPI, eccc..):

[\_] che nessuno degli altri componenti del nucleo familiare ha fatto richiesta presso il Comune del medesimo sostegno alimentare di cui alla presente domanda;

**CHIEDE**

**l’attribuzione di un buono spesa nella misura e con le modalità stabilite dal Comune.**

Il sottoscritto **DICHIARA** inoltre di essere consapevole delle responsabilità civili e penali, sulla base della legislazione vigente, di una falsa dichiarazione e che essa comporterà altresì l’esclusione dai benefici conseguiti (art. 75 del DPR 445/2000); di aver preso atto che i dati personali, verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali e con la presente ne autorizza l’utilizzo.

**ISTRUZIONI:**

* i buoni sono spendibili presso ciascuno degli esercizi individuati dal Comune e possono essere ulteriormente frazionati direttamente presso l’esercizio, con acquisti parziali fino al raggiungimento dell’importo complessivo;
* è obbligatorio conservare copia dello scontrino per un periodo di tre mesi per eventuali verifiche.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_