**SPETTABILE UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**COMUNE DI DIAMANTE**

**PIAZZA MANCINI N. 1**

**DIAMANTE (CS)**

**PEC:** protocollodiamante@pec.it

**E–MAIL** settembre.antonietta@comune-diamante.ii

**EMERGENZA COVID – 19 RICHIESTA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER LA SOLIDARIETA’ ALIMENTARE (BUONI SPESA)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_eventualmente domiciliato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Utenza telefonica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi del D.P.C.M. del 28 marzo 2020;

**CHIEDE**

* Di accedere all’erogazione dei buoni spesa per il proprio nucleo familiare.

A tal fine ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle conseguenze penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato,

**DICHIARA**

 **SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

1. Che il proprio nucleo familiare è così composto:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  **COGNOME E NOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** | **CODICE** **FISCALE** | **INDICARE**  **SE DISABILE**  |
| **1** | Dichiarante |  |  |  |  |
| **2** | Coniuge |  |  |  |  |
| **3** | Figlio/a |  |  |  |  |
| **4** | Figlio/a |  |  |  |  |
| **5** | Figlio/a |  |  |  |  |
|  | Altra persone nel nucleo familiare |  |  |  |  |
| **7** | Altra persone nel nucleo familiare |  |  |  |  |

1. Che la condizione di bisogno:

2.a ) era preesistente all’attuale:

oppure

2.b) è stata causata dall’applicazione delle norme relative al contenimento della epidemia da COVID – 19,

e che si trova nelle seguenti condizioni (barrare la / le voce/i che ricorre/ricorrono):

* nuclei familiari senza alcun reddito;
* nuclei familiari monoreddito e/o il cui titolare ha richiesto trattamento di sostegno al reddito o il cui datore di lavoro ha richiesto ammissione al trattamento di sostegno del reddito, ai sensi del D.L. 18/2020 (Decreto Cura Italia), o il datore di lavoro abbia sospeso e/o ridotto l’orario di lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore, purché nel nucleo familiare vi siano presenti almeno due delle seguenti condizioni: spese di affitto locale commerciale, spese di locazione casa d’abitazione, figlio/i a carico;
* nuclei familiari, in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori in essi presenti;
* nuclei monogenitoriali privi di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori;
* presenza nel nucleo familiare di disabilità permanenti o situazioni di patologie associate a disagio economico;

altra tipologia di bisogno (da specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.a Che né il sottoscritto, né alcuno dei componenti del nucleo familiare è beneficiario di altre forme di sostegno al reddito ed alla povertà erogati da Enti Pubblici (*ad. es. Reddito di Cittadinanza, Reddito di Dignità, Cassa Integrazione, altri ammortizzatori sociali, etc.*) oppure altre provvidenze dallo Stato o Enti di Assistenza;

*OPPURE*

3.b Che i seguenti componenti del nucleo familiare beneficiano (indicare anche il dichiarante) delle forme di sostegno al reddito ed alla povertà erogati da Enti Pubblici oppure altre provvidenze dallo Stato o Enti di Assistenza di seguito indicate:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOME E COGNOME** | **FORME DI SOSTEGNO** | **ENTE EROGATORE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

4. che il nucleo familiare vive in un’abitazione (barrare l’opzione che ricorre):

 di proprietà locazione alloggio pubblico locazione alloggio privato

 comodato d’uso gratuito altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5 a. che i componenti il nucleo familiare non sono proprietari/comproprietari di altri immobili, oltre alla casa di abitazione;

5 b. che i componenti il nucleo familiare sono proprietari/comproprietari di altri immobili, oltre alla casa di abitazione; dai quali ricavano un canone mensile di locazione .

6. che uno dei componenti il nucleo familiare ha contratto/non ha contratto un mutuo per l’acquisto della casa di abitazione;

7. di avere un importo ISEE (riferito all’ultima certificazione di corso di validità di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(se non si ha il dato depennare la voce*);

8. non avere disponibilità economiche (per sé e/o il proprio nucleo famigliare) su conti correnti bancari, postali, ecc… sufficienti per l’acquisto di beni di prima necessità;

9. che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato istanza di accesso al Fondo di solidarietà alimentare (ordinanza n. 658 del 29.03.2020)

**DICHIARA ALTRESI’**

1. Di essere consapevole che le dichiarazioni verranno verificate dalle autorità competenti.
2. Di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni inerenti i dati indicati.

*Autorizza il Comune di Diamante il trattamento dei dati personali presenti nella dichiarazione resa ai soli fini della evasione della istanza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).*

*Allega alla presente:*

1. copia leggibile di un documento di riconoscimento in corso di validità;

(specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diamante, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Richiedente / Dichiarante

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