*Modello di domanda per il buono spesa*

***Al Comune di Giulianova***

***Ufficio Servizi Sociali***

***Corso Garibaldi 109***

***Email s.santori@comune.giulianova.te.it***

***pec*** ***protocollogenerale@comunedigiulianova.it***

|  |  |
| --- | --- |
| **OGGETTO***:* | **RICHIESTA BUONO SPESA EMERGENZA COVID****(OCDPC N. 658 DEL 29/03/2020)** |

Il/La sottoscritto/a ......................................................................................................................................................

Nato/a a .................................................................................................................... il ..........................................

C.F. .......................................................... residente nel Comune di ..................................................................

in Via/Piazza ...................................................................... n. .................... tel. ................................................

**CHIEDE**

che gli/le sia concesso **il buono spesa per l’emergenza epidemiologica COVID 19** previsto dall’OCDPC n. 658 del 29/03/2020, come disciplinato dalla deliberazione di Giunta Comunale n. 42 del 31/03/2020 ed a tal fine, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole di decadere dal beneficio e di incorrere in responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.

**DICHIARA**

1. Di Essere residente nel comune di Giulianova
2. che la famiglia (compreso il dichiarante), come risulta dallo stato di famiglia anagrafico, è composta da:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Data di nascita** | **Grado di parentela** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. di appartenere ad un nucleo familiare in cui non vi sono, **al momento**, percettori di introiti/redditi alcuni (sono esclusi tutti i nuclei in cui vi siano dipendenti pubblici);
2. di appartenere ad un nucleo familiare in cui non vi sono soggetti percettori di ammortizzatori sociali (Integrazione salariale, cassa integrazione, indennità di mobilità, etc.) di valore superiore ad € 550,00/mese;
3. di appartenere ad un nucleo familiare in cui non vi sono soggetti percettori di pensioni contributive e sociali

oppure

 di appartenere ad un nucleo familiare in cui vi sono soggetti percettori di pensioni contributive e pensioni o assegni sociali ma i componenti risultano essere n\_\_\_\_

di appartenere ad un nucleo familiare in cui vi sono soggetti percettori di pensioni di invalidità civile con o senza indennità di accompagnamento;

1. di appartenere ad un nucleo familiare in cui non vi sono soggetti percettori di Reddito di Cittadinanza, di contributi connessi a progetti personalizzati di intervento, o altre provvidenze pubbliche, d'importo, anche cumulativamente, maggiore di € 550,00/mese;
2. di appartenere ad un nucleo familiare in cui non vi sono soggetti che, per effetto della Decretazione d’urgenza, già beneficiano ( quindi non semplici aventi titolo) di altre provvidenze d'importo maggiore di € 550,00/mese;
3. di appartenere ad un nucleo familiare in cui non vi sono titolari di patrimonio mobiliare ( giacenze bancarie e/o postali o titoli) superiore ad euro 2.500,00;
4. di appartenere ad un nucleo familiare non assistito con pacchi alimentari mensili dall'Associazione "Il Dono di Maria".

Ai fine dell'eventuale redazione della graduatoria di accesso sulla base dei seguenti elementi dichiara:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| a)  | Numero di componenti del nucleo familiare | ­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| b) | Numero di minorenni presenti nel nucleo familiare | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| c)  | Numero di portatori di handicap o soggetti affetti da patologie croniche presenti nel nucleo familiare | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. **di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di falsa dichiarazione ai sensi dell’art. 76 del DPR 445/2000 e dell’obbligo di restituzione del contributo indebitamente percepito**.

Data e luogo ..................................................................

 Firma

 ....................................................

**Modalità di apposizione della firma**

☐ Allega copia fotostatica di un documento di riconoscimento

Oppure

☐ La firma del dichiarante viene apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione. Modalità di identificazione ................................................................................

Data .......................................... Il dipendente addetto ..............................................