**Al Comune di Posada**

**Ufficio Servizi Sociali**

**Emergenza COVID-19**

**MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARE**

Ordinanza CDPC - Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 658 del 29.03.2020

***Domanda per l’ottenimento del buono spesa***

Il/La sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a **Posada** in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel/Cell \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ estremi documento identità tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000**

**CHIEDE**

La concessione del **buono spesa** utilizzabile per l’acquisto di **generi alimentari e beni di prima necessità** presso gli esercizi commerciali indicati nell’elenco pubblicato sul sito istituzionale del Comune di Posada all’indirizzo [*www.comune.posada.nu.it*](http://www.comune.posada.nu.it), nell’ambito delle **MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARE per l’emergenza COVID-19**, di cui all’Ordinanza del Capo Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29.03.2020

**A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000**

**D I C H I A R A**

1. di aver preso visione dell’Avviso Pubblico, di essere in possesso di tutti i requisiti di accesso e di acconsentire a tutte le condizioni in esso previste;
2. che nessun altro componente familiare ha presentato istanza per lo stesso beneficio;
3. di non essere in possesso di risorse economiche reperibili attraverso cumuli bancari e postali
4. che il proprio nucleo familiare, compreso il sottoscritto, è così composto:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Età** | **Relazione parentela** | **Stato di occupazione ante Covid**  | **Reddito mensile** **Percepito****Febbraio** | **Attuali entrate economiche** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Di trovarsi in una delle seguenti condizioni:
* Disoccupato;
* Lavoratore stagionale attualmente privo di occupazione;
* titolare di P.IVA n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che ha sospeso l’attività d’impresa a seguito dell’emanazione dei provvedimenti restrittivi di cui al DPCM DEL 12 MARZO 2020 in attesa di agevolazioni nazionali ;
* Dipendente dell’impresa/Ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che ha sospeso la propria attività a seguito dell’emergenza COVID- 19 in attesa di provvedimenti nazionali;
* Beneficiario di Ammortizzatori statali o regionali, disoccupazione, cassaintegrazione, Reddito di cittadinanza, Rei ecc;
* Altro(specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. che, a seguito dell’emergenza, il proprio nucleo familiare:
	* risulta totalmente sprovvisto di risorse economiche, a qualsiasi titolo percepite;
	* ha subito, causa restrizioni Covid – 19, un’importante riduzione delle proprie entrate economiche, per le quali non è possibile ricorrere ad altro istituto di assistenza, e risulta titolare di risorse economiche mensili, a qualsiasi titolo percepite, inferiori o uguali a € 700,00;
	* è titolare o in attesa di assegnazione di una delle indennità per emergenza COVID-19 riconosciute dall’INPS ai sensi del Decreto “Cura Italia” o di altra forma di ammortizzatore sociale, con entrate mensili complessive delle stesse inferiore o uguali a € 700,00.
	* beneficiario del Reddito di Cittadinanza o del beneficio Rei, il cui valore è inferiore a quello della tabella approvata dal Comune di Posada;
	* titolari o in attesa di assegnazione di una delle indennità per emergenza COVID 19 riconosciute dall’INPS ai sensi del Decreto “Cura Italia” o di altra forma di ammortizzatore sociale o di risorse economiche di importo inferiore o uguale ad € 700,00;

Dichiara inoltre:

* + - Di non percepire altri strumenti di sostegno al reddito (REIS, Reddito di cittadinanza, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altra tipologia di sostegno regionale o nazionale)

 Oppure

* + - Di percepire il seguente strumento di sostegno al reddito:
* Reddito/pensione di Cittadinanza **€** \_\_\_\_\_\_\_\_ mensili;
* REI **€** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili;
* Carta Acquisti **€** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili;
* Altri sostegni pubblici (specificare quali e indicare l’importo mensile):

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

Infine dichiara:

* che quanto sopra indicato corrisponde a verità e di essere a conoscenza che il Comune di Posada potrà accertarne la veridicità ai sensi di quanto previsto all’art. 71 e 76 del DPR 445/2000.

* di essere informato, ai sensi del **Regolamento UE 2016/679 (RGDP-Regolamento generale sulla protezione dei dati)** che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni inerenti il presente procedimento.

Posada,

In fede

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