

MODULO RICHIESTA PER LA CONCESSIONE DI BUONO SPESA
(AVVISO 1° DICEMBRE /16 DICEMBRE 2020)

Al Comune di DOZZA
Mail: info@comune.dozza.bo.it

OGGETTO: art. 2 D.L. 23/11/2020 n. 154, emergenza sanitaria COVID-19, misure urgenti di solidarietà alimentare -
richiesta buono spesa

Il/la sottoscritto/a (cognome e nome)	nato/a a	il	/	/
Residente a	prov.	in via	n.	
Telefono e cellulare	e-mail			
Codice fiscale				

visto l' art. 2 del D.L. 23 novembre 2020 n. 154 e l'ordinanza della protezione civile n. 658 del 29 marzo 2020,

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO ALLE MISURE PREVISTE – BUONO SPESA

E a tal fine, ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR n. 445/00, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti, (art. 75 DPR 445/2000), e di essere altresì a conoscenza dei controlli che seguiranno da parte del Comune e della Guardia di Finanza per verificare la veridicità di quanto affermato;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

ai fini del riconoscimento del contributo, è obbligatorio compilare la presente domanda in tutte le voci richieste

- **Che il proprio nucleo familiare anagrafico risulta così composto:**

<i>cognome</i>	<i>nome</i>	<i>Luogo di nascita</i>	<i>Data di nascita</i>	<i>Legame di parentela</i>
				<i>richiedente</i>

Di cui n. minori di età inferiore a 3 anni;

Di cui n. persone in possesso di certificazione di disabilità L.104/92 o invalidità civile superiore al 74%;

Che né il sottoscritto né alcun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato altra domanda per la concessione del presente contributo nel Comune di Dozza e in nessun altro Comune dello Stato;

- **che a causa dell'emergenza da covid-19 di aver subito i seguenti effetti economici negativi, anche temporanei, riferiti a me stesso o ai componenti del nucleo familiare sopra indicato:**

la sospensione o chiusura di attività, autonoma o subordinata, in base ai decreti o ordinanze statali o regionali o altro provvedimento, che determina indisponibilità di liquidità per il proprio sostentamento;

la perdita o riduzione del lavoro senza attivazione di ammortizzatori sociali, in attesa di ammortizzatori sociali non ancora liquidati, ovvero con ammortizzatori insufficienti in relazione al fabbisogno familiare;

la sospensione temporanea ovvero la riduzione significativa delle attività con partita IVA rientranti nelle professioni, nel commercio e nelle attività produttive/artigianali;

l'impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali/stagionali o intermittenti, a causa dell'obbligo di permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria, ovvero per effetto della contrazione delle chiamate o della cessazione di fatto dell'attività svolta, in conseguenza dell'emergenza da Covid -19;

altre cause da specificare in dettaglio(*da parte del richiedente*)

.....

.....

.....

- **di NON essere in possesso, al 30 NOVEMBRE 2020**, a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare di depositi bancari, depositi postali, azioni, titoli o altri prodotti finanziari, ecc. il cui cumulo sia:

di importo complessivamente superiore ad € 3.000,00 per nuclei fino a 2 componenti;

di importo complessivamente superiore ad € 5.000,00 per nuclei da 3 componenti e oltre;

indicare il totale del patrimonio mobiliare €

- **di aver percepito nel mese di NOVEMBRE 2020**, a proprio nome e di altro componente il nucleo familiare:

redditi, contributi, sussidi di qualsiasi natura, comprese rendite patrimoniali quali cedole di titoli, corrispettivi di locazione, ecc., di importo complessivo **NON SUPERIORE A € 1.000,00 per nuclei fino a 3 componenti**;

redditi, contributi, sussidi di qualsiasi natura, comprese rendite patrimoniali quali cedole di titoli, corrispettivi di locazione, ecc., di importo complessivo **NON SUPERIORE A € 1.300,00 per nuclei da 4 componenti e oltre**;

- **di essere stato assegnatario al 30/11/2020**, il sottoscritto e gli altri componenti del proprio nucleo familiare, delle seguenti entrate quali:

reddito di cittadinanza per € *indicare il totale*

REI reddito di inclusione – REM reddito di emergenza € *indicare il totale*

<input type="checkbox"/> Naspi – indennità mensile di disoccupazione € <i>indicare il totale</i>
<input type="checkbox"/> indennità di mobilità € <i>indicare il totale</i>
<input type="checkbox"/> Cig- cassa integrazione guadagni € <i>indicare il totale</i>
<input type="checkbox"/> eventuali altre entrate € <i>indicare il totale</i>
Per complessivi €

di NON essere stato assegnatario al 30/11/2020, né il sottoscritto né altri componenti del proprio nucleo familiare, di altre precedenti forme di sostegno pubblico al reddito quali reddito di cittadinanza, Rei – reddito di inclusione – Rem reddito emergenza, Naspi – indennità mensile di disoccupazione, indennità di mobilità, Cig- cassa integrazione guadagni, o altre forme di sostegno previste a livello locale e regionale;

di aver percepito precedenti buoni spesa riconosciuti dal Comune di Dozza nei mesi di aprile e maggio 2020 di cui all'ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, per € *indicare il totale*

di NON aver percepito precedenti buoni spesa riconosciuti dal Comune di Dozza nei mesi di aprile e maggio 2020 di cui all'ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020;

Di essere consapevole che è motivo di ammissione in via prioritaria alla concessione del buono spesa, a parità di condizioni di reddito, trovarsi nelle seguenti condizioni:

- non essere stati assegnatari di altre precedenti forme di sostegno pubblico al reddito quali reddito di cittadinanza, Rei – reddito di inclusione – Rem reddito emergenza, Naspi – indennità mensile di disoccupazione, indennità di mobilità, Cig- cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale e regionale buoni spesa riconosciuti dal Comune di Dozza nei mesi di aprile e maggio 2020 di cui all'ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, ecc.;
- nuclei con presenza di minori;
- nuclei con presenza di disabili L.104/92 o invalidità civile superiore al 74%;

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione Comunale a fornire i propri dati personali all'Associazione di volontariato incaricata della consegna presso la propria residenza della spesa effettuata, nelle modalità previste all'art. 8 dall'Avviso Pubblico emesso.

NON SARANNO TENUTE IN CONSIDERAZIONE LE DOMANDE NON COMPILATE IN MODO CORRETTO

Data _____

Firma _____