

**RICHIESTA DI ACCESSO ALLE MISURE DI SOSTEGNO ALIMENTARE TRAMITE
BUONI SPESA A FAVORE DI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI BISOGNO A SEGUITO
DELL'EMERGENZA DA DIFFUSIONE DEL VIRUS COVID-19**

Al Comune di Lovere (BG)

Ufficio Servizi sociali

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto _____
Codice fiscale _____
Data di nascita _____
Comune di nascita _____
Provincia di nascita _____
Stato estero di nascita _____
Cittadinanza _____
Residente a _____
via e nr. civico _____
e-mail _____
Telefono _____ Cell. _____

CHIEDE

di poter beneficiare delle misure di sostegno alimentare tramite buoni spesa a favore di soggetti in condizione di bisogno a seguito dell'emergenza da diffusione del virus covid-19 ai sensi dell'ODPDC n. 658 del 29 marzo 2020

A TAL FINE DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, quanto segue:

1) di possedere almeno una delle seguenti condizioni:

barrare le condizioni di appartenenza

<input type="checkbox"/>	licenziamento, mobilità, cassa integrazione; perdita o riduzione del lavoro non coperta da ammortizzatori sociali
<input type="checkbox"/>	sospensione attività di lavoro autonomo non coperta da ammortizzatori sociali (600 euro mensili partite iva)
<input type="checkbox"/>	cessazione o riduzione di attività professionale o di impresa
<input type="checkbox"/>	Disoccupazione
<input type="checkbox"/>	mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici
<input type="checkbox"/>	accordi aziendali e sindacali con riduzione del l'orario di lavoro
<input type="checkbox"/>	malattia grave o decesso di un componente del nucleo familiare

<input type="checkbox"/>	incremento di spese certificate sostenute dal nucleo familiare per l'acquisto di farmaci, per garantire interventi socio-assistenziali o per il pagamento di spese socio-sanitarie o funerarie
<input type="checkbox"/>	attivazione di servizi a pagamento per l'assistenza al domicilio di persone fragili che non hanno potuto frequentare centri diurni per anziani, disabili o progetti personalizzati domiciliari di cui fruivano
<input type="checkbox"/>	Nuclei che si trovano conti correnti congelati e/o nella non disponibilità temporanea (ad esempio a causa di decesso del coniuge, etc)
<input type="checkbox"/>	over 65 con la sola pensione minima, o in assenza di pensione, e senza forme di deposito mobiliare (titoli, obbligazioni, etc.);
<input type="checkbox"/>	nuclei monoreddito con disabili in situazione di fragilità economica
<input type="checkbox"/>	Altro stato di necessità da dichiarare (es. nuclei mono-genitoriali con figli a carico a cui non viene corrisposto assegno alimentare, beneficiari reddito di cittadinanza a cui è stata sospesa la misura)

di non aver risorse necessarie per affrontare le spese per i beni di prima necessità

che il reddito mensile netto del nucleo familiare a partire dal mese di aprile 2020 sarà presumibilmente pari complessivamente a euro _____ e sarà così costituito (indicare se da lavoro, da pensione o altro)

di essere titolare dei seguenti depositi, conti correnti bancari e postali e/altri risparmi (indicare la tipologia Conto corrente e carte prepagate con IBAN; Conto deposito a risparmio libero/vincolato; Libretti di risparmio postale) ed il saldo al 31/03/2020:

Barrare tra le due risposte

Di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo familiare

Di ricevere i seguenti contributi pubblici: (specifica | es. Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)

_____ € _____

_____ € _____

di avvalersi per la fruizione del buono dell'esercizio commerciale o dei seguenti esercizi commerciali (massimo 3). Scegliere nella lista di negozi pubblicata sul sito del Comune e indicare l'importo della spesa:

_____ € _____
_____ € _____
_____ € _____

Dichiara altresì

- di aver preso visione dell'Avviso pubblico e l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 pubblicata sul sito internet dell'ente;

- di essere a conoscenza che il Comune di residenza potrà procedere, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli sulle domande presentate e che, se richiesto, dovrà produrre documentazione/dichiarazioni per attestare il possesso delle condizioni dichiarate.

Data _____

IL DICHIARANTE
(firma leggibile)

Allega la seguente documentazione:

- copia/immagine della carta di identità del richiedente (fronte / retro);
- Per i richiedenti cittadini non italiani copia/immagine del titolo di soggiorno.

NOTA UFFICIO SERVIZI SOCIALI (da compilare in cas di richiesta telefonica):

In considerazione dell'emergenza covid-19 le dichiarazioni rilasciate sono acquisite telefonicamente dal funzionario comunale sig./sig.ra _____ il giorno _____ alle ore _____ dal richiedente sig./sig.ra _____ che ha comunicato il seguente documento d'identità _____ di _____ riconoscimento _____ ed il seguente titolo di soggiorno (per richiedenti non italiani) _____