

RICHIESTA DI BUONI SPESA PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI E PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA' A SEGUITO DELL'EMERGENZA DA VIRUS COVID-19

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ (_____) il _____

C.F. _____

Residente nel Comune di 11015 - LA SALLE (AO) -

Loc./Via/Piazza _____ n. _____

Recapito telefonico _____

Indirizzo email _____

Consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

- 1) Di essere iscritto nell'anagrafe del Comune di La Salle alla data del presente avviso;
- 2) Di non avere debiti nei confronti del Comune di La Salle e di non essere soggetto passivo inadempiente di obbligazioni di qualsiasi genere nei confronti del medesimo Comune, quindi di non essere moroso (con esclusione di posizioni per le quali risulti che il Comune abbia trasmesso la partica di riscossione coattiva all'apposita Agenzia dello Stato);
- 3) Di NON avere percepito al 31 maggio 2021, a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, redditi, pensioni, contributi, rendite (corrispettivi di locazioni, cedole di titoli, ecc.) di importo complessivo superiore alla soglia di povertà come definita dall'ISTAT per ogni tipologia di nucleo familiare (<https://www.istat.it/it/dati-analisi-e-prodotti/contenuti-interattivi/soglia-di-poverta>), per singolo individuo e parametrizzazione per ulteriori componenti del medesimo nucleo familiare.
- 4) Che l'istante o altri componenti del nucleo familiare NON sia/siano beneficiari di buono spesa di altro Comune, oppure di aiuti alimentari Caritas (pacco alimentare), o di altri Enti di beneficenza.
- 5) Che il proprio nucleo familiare è composto da n° _____ persone che si trovano nella seguente condizione lavorativa (compilare i dati della situazione occupazionale di ogni singolo componente):

Cognome _____ **Nome** _____

Data e luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Situazione occupazionale:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Occupato (compresa maternità, malattia, infortunio) | <input type="checkbox"/> Disoccupato |
| <input type="checkbox"/> Cassa Integrazione/Mobilità | <input type="checkbox"/> Pensionato |
| <input type="checkbox"/> Non svolge attività lavorativa | <input type="checkbox"/> Lavoratore Autonomo |

Dati dell'ultimo Datore di Lavoro (per lav. Dipendenti) _____

Denominazione e P.IVA/C.F. (per lav. Autonomi) _____

Cognome _____ **Nome** _____

Data e luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Situazione occupazionale:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Occupato (compresa maternità, malattia, infortunio) | <input type="checkbox"/> Disoccupato |
| <input type="checkbox"/> Cassa Integrazione/Mobilità | <input type="checkbox"/> Pensionato |
| <input type="checkbox"/> Non svolge attività lavorativa | <input type="checkbox"/> Lavoratore Autonomo |

Dati dell'ultimo Datore di Lavoro (per lav. Dipendenti) _____

Denominazione e P.IVA/C.F. (per lav. Autonomi) _____

Cognome _____ **Nome** _____

Data e luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Situazione occupazionale:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Occupato (compresa maternità, malattia, infortunio) | <input type="checkbox"/> Disoccupato |
| <input type="checkbox"/> Cassa Integrazione/Mobilità | <input type="checkbox"/> Pensionato |
| <input type="checkbox"/> Non svolge attività lavorativa | <input type="checkbox"/> Lavoratore Autonomo |

Dati dell'ultimo Datore di Lavoro (per lav. Dipendenti) _____

Denominazione e P.IVA/C.F. (per lav. Autonomi) _____

Cognome _____ Nome _____	
Data e luogo di nascita _____	
Codice Fiscale _____	
Situazione occupazionale:	
<input type="checkbox"/> Occupato (compresa maternità, malattia, infortunio)	<input type="checkbox"/> Disoccupato
<input type="checkbox"/> Cassa Integrazione/Mobilità	<input type="checkbox"/> Pensionato
<input type="checkbox"/> Non svolge attività lavorativa	<input type="checkbox"/> Lavoratore Autonomo
Dati dell'ultimo Datore di Lavoro (per lav. Dipendenti) _____	
Denominazione e P.IVA/C.F. (per lav. Autonomi) _____	

Cognome _____ Nome _____	
Data e luogo di nascita _____	
Codice Fiscale _____	
Situazione occupazionale:	
<input type="checkbox"/> Occupato (compresa maternità, malattia, infortunio)	<input type="checkbox"/> Disoccupato
<input type="checkbox"/> Cassa Integrazione/Mobilità	<input type="checkbox"/> Pensionato
<input type="checkbox"/> Non svolge attività lavorativa	<input type="checkbox"/> Lavoratore Autonomo
Dati dell'ultimo Datore di Lavoro (per lav. Dipendenti) _____	
Denominazione e P.IVA/C.F. (per lav. Autonomi) _____	

Cognome _____ Nome _____	
Data e luogo di nascita _____	
Codice Fiscale _____	
Situazione occupazionale:	
<input type="checkbox"/> Occupato (compresa maternità, malattia, infortunio)	<input type="checkbox"/> Disoccupato
<input type="checkbox"/> Cassa Integrazione/Mobilità	<input type="checkbox"/> Pensionato
<input type="checkbox"/> Non svolge attività lavorativa	<input type="checkbox"/> Lavoratore Autonomo
Dati dell'ultimo Datore di Lavoro (per lav. Dipendenti) _____	
Denominazione e P.IVA/C.F. (per lav. Autonomi) _____	

CHIEDE

di partecipare alla assegnazione buoni spesa per l'acquisto di generi alimentari per sé stesso e per il proprio nucleo familiare, ai sensi dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione civile n. 658/2020

DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA

(ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000)

- La propria condizione di disagio conseguente all'attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi: **(con riferimento a quanto indicato al punto 1 dell'Avviso pubblico per l'erogazione dei buoni spesa, descrivere le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate)**

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

- Che la retribuzione riferita al mese di Maggio 2021 è pari ad € _____

- Che la retribuzione riferita al mese di Maggio 2021 dei componenti del nucleo familiare è:

(Cognome, Nome) _____ (Importo mensile) € _____

(Cognome, Nome) _____ (Importo mensile) € _____

(Cognome, Nome) _____ (Importo mensile) € _____

(Cognome, Nome) _____ (Importo mensile) € _____

(Cognome, Nome) _____ (Importo mensile) € _____

- che nessun componente del nucleo familiare percepisce alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale *(a titolo esemplificativo Reddito di Cittadinanza, Reddito di Inclusione, Naspi (indennità di disoccupazione), Cassa Integrazione, ecc.)*

o alternativamente

- che il sottoscritto e/o i seguenti componenti del nucleo familiare **beneficiano** del seguente sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale *(a titolo esemplificativo Reddito di Cittadinanza, Reddito di Inclusione, Naspi (indennità di disoccupazione), Cassa Integrazione, ecc.)*

(Cognome, Nome) _____ (Importo mensile) € _____

Sussidio _____ percepito in data _____

(Cognome, Nome) _____ (Importo mensile) € _____

Sussidio _____ percepito in data _____

(Cognome, Nome) _____ (Importo mensile) € _____

Sussidio _____ percepito in data _____

(Cognome, Nome) _____ (Importo mensile) € _____
Sussidio _____ percepito in data _____
(Cognome, Nome) _____ (Importo mensile) € _____
Sussidio _____ percepito in data _____

- che la propria attività imprenditoriale o professionale ha subito uno o più provvedimenti di sospensione relativi alle misure di contenimento dell'emergenza Covid-19;
- di aver cessato la propria attività imprenditoriale o professionale in data
- di essere in carico al Servizio sociale regionale e che l'Assistente sociale di riferimento è
- Di essere in situazione di emergenza abitativa, con quota a carico dell'ente pubblico di euro mensili.
- La presenza nel nucleo familiare di persone con disabilità certificata dalla Legge 104/92
(Cognome, Nome) C.F.
(Cognome, Nome) C.F.
- La presenza nel nucleo familiare di persone con disturbi alimentari [es. celiachia, allergie] (indicare il numero)
- di ESSERE/NON ESSERE proprietario/comproprietario della casa in cui abita e di avere/non avere altre proprietà immobiliari (specificare quali):
(eventuale canone di locazione)
(eventuali proprietà immobiliari)
.....
.....
- di aver preso visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, disponibile sul sito web del Comune al quale è rivolta l'istanza;
- di autorizzare il Comune di La Salle, al fine di adempiere agli obblighi che le leggi, i regolamenti o la normativa comunitaria le impongono, a richiedere i dati necessari alla definizione della presente procedura alle seguenti categorie di soggetti: Enti di beneficenza locali (Caritas) e Servizio Sociale Territoriale e Regionale.

DICHIARA

- di essere a conoscenza del divieto assoluto della commutabilità dei buoni in denaro e di autorizzare l'esercente individuato nelle liste del Comune di La Salle a:
 - trattenere lo scontrino della spesa effettuata;

- trattenere i buoni relativi alla spesa effettuata che saranno in valore inferiore o uguale all'importo dello scontrino della relativa spesa;

Allega copia di un valido documento di riconoscimento

La Salle, li _____

Firma del dichiarante

Firma dell'addetto ricevente _____

Ora di ricevimento _____