All’ufficio servizi sociali Comune di Nuraminis

**“MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARE”**

**BUONO SPESA COVID- 19**

**SCADENZA – 24/09/2021-**

Il/la sottoscritto/a , nat a ( )

il , e residente in Nuraminis Via n°

C.F.

Telefono (OBBLIGATORIO)

# CHIEDE

# La concessione del buono spesa previsto da OCDP n. 658 dl 29/03/2020.

# 

# A tal fine DICHIARA

ART. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

# 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

che a seguito dell’emergenza sanitaria Covid- 19 **si trova nella seguente condizione:**

* Disoccupato dalla data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Occupato ma sospeso dal lavoro per effetto dei decreti ministeriali dalla data
* Attualmente occupato presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dalla data\_\_\_\_\_\_\_ e fino a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ percependo uno stipendio mensile pari a €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE DI**

* **Di non percepire** altre forme di sostegno al reddito (REIS, Reddito di cittadinanza, altra tipologia di sostegno regionale o nazionale) **oppure di percepire** il seguente sostegno al reddito:
* Reddito di cittadinanza importo mensile €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Reis importo mensile €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Legge regionale 20/97 €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cassa integrazione €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Disoccupazione €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Di non percepire** redditi esenti IRPEF quali pensioni di invalidità, accompagnamento, reversibilità ecc
* **Di percepire** il seguente reddito esente IRPEF:
* Pensione di invalidità civile pari a €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mensili
* Pensione di accompagnamento pari a €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mensili
* Reversibilità pari a €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mensili
* **Che nessun componente del nucleo familiare percepisce** altro reddito o che il seguente componente del nucleo familiare percepisce il seguente reddito mensile (specificare cosa)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Che nel proprio nucleo familiare sono presenti**:
* Ultrasessantacinquenni
* Minori fino ai 6 anni d’età
* Portatori di handicap (allegare il certificato)
* Persone affette da patologie croniche (allegare il certificato)

**DICHIARA INFINE**

* **Che il proprio nucleo familiare** (dati conformi agli atti dell’anagrafe comunale) è così composto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Nome e cognome* | *Luogo e data di nascita* | *Grado di parentela* | *Attività (es. pensionato ecc)* | *Reddito mensile* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# Che ho preso visione dell’avviso pubblico e sono a conoscenza che il contributo verrà concesso esclusivamente tramite buoni spesa da spendere presso le attività commerciali convenzionate e presenti nel Comune di Nuraminis.

# *Si allega alla presente obbligatoriamente:*

# Copia carta identità del richiedente

# In caso di presenza di persone con handicap o con patologie croniche, certificato che lo attesti.

Data Firma

***Autorizzazione ai sensi del Regolamento EU 2016/679***

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui all’art.13 del D.lgs 196/2003, conferisce il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali e sensibili, ai fini della realizzazione delle azioni stabilite dalla Legge. 328/00 e/o degli interventi sociali competenti.

Si precisa inoltre che l’erogazione dei contributi è subordinata alle disponibilità dei fondi in bilancio.

L’ufficio servizi sociali valuterà le istanze sulla base dei criteri inseriti nel bando pubblico e farà le opportune verifiche sulle dichiarazioni rese. Il contributo sarà comunque erogato a discrezione del servizio sociale che valuterà la situazione complessiva del nucleo.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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