



COMUNE DI SABAUDIA

PROVINCIA DI LATINA

Allegato B

AI COMUNE DI SABAUDIA

Ufficio Servizi Sociali

sanitaistruzione@comune.sabaudia.latina.it

DOMANDA PER ASSEGNAZIONE BUONI SPESA SOCIALI A FAVORE DI FAMIGLIE, ANCHE MONONUCLEARI, IN CONDIZIONE DI DISAGIO ECONOMICO E SOCIALE CAUSATO DALLA SITUAZIONE EMERGENZIALE IN ATTO, PROVOCATA DA COVID-19. II AVVISO.

(Ordinanza Protezione Civile n. 658/2020 e DGR 138/2020)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____

residente a _____ via _____ n. _____

cel. _____ e-mail: _____

CODICE FISCALE _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 relativo a falsità in atti e dichiarazioni mendaci , e di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n. 445/2000, e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiere, di cui all'art.75 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, fatte salve, in ogni caso, le sanzioni penali previste dall'art. 76;

DICHIARA

(evidenziare le voci che interessano)

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di uno Stato appartenente all'Unione Europea;
- di essere cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea e di essere in possesso di permesso di soggiorno, in corso di validità (**da allegare alla presente**);
- di essere residente nel Comune di Sabaudia o di aver presentato domanda di residenza in data precedente al 01/04/2020;
- che nessun altro componente del nucleo familiare ha fatto né farà richiesta finalizzata ad ottenere il medesimo beneficio nel territorio italiano;
- che il nucleo familiare, come di seguito indicato, **si trova in grave CONDIZIONE DI DISAGIO ECONOMICO E SOCIALE CAUSATO DALLA SITUAZIONE EMERGENZIALE IN ATTO, PROVOCATA DA COVID-19.**



COMUNE DI SABAUDIA

PROVINCIA DI LATINA

N.B. indicare la tipologia di lavoro svolta accanto a ciascun componente il nucleo familiare e nella casella "disoccupato dal" quando è venuta meno, a causa del covid-19, la condizione lavorativa precedentemente svolta:

	NR	LAVORATORE DIPENDENTE	LAVORATORE AUTONOMO	LAVORATORE OCCASIONALE	ALTRO RAPPORTO DI LAVORO	DISOCCUPATO DAL
CAPO FAMIGLIA						
CONIUGE						
CONVIVENTE						
FIGLI MINORENNI						
FIGLI MAGGIORENNI						
ALTRO (specificare)						

- che nessun componente del nucleo familiare è beneficiario di Reddito di cittadinanza,

oppure,

- che i seguenti componenti beneficiano del reddito di cittadinanza:

_____ € _____ mensili;

- che nessun componente del nucleo familiare è beneficiario di pensione /assegni /indennità / erogazioni italiane o estere, emolumenti/stipendi, e/o altri redditi di qualsiasi natura(es. stipendio, pensione, invalidità, assegni una tantum, etc.)

oppure,

- che i seguenti componenti percepiscono un beneficio per:

_____ PER _____ € _____ mensili;

_____ PER _____ € _____ mensili;

- che nessun componente del nucleo familiare ha inoltrato richiesta di indennità di disoccupazione a seguito di cessazione del rapporto di lavoro;

- altro da dichiarare _____



COMUNE DI SABAUDIA

PROVINCIA DI LATINA

-
- che il nucleo familiare non possiede disponibilità economiche su conti correnti bancari o postali od altri depositi, atte a garantire beni di prima necessità per se e per il proprio nucleo familiare;
 - che relativamente alla situazione economica familiare è a conoscenza che il Comune di Sabaudia in sede di istruttoria o successivamente all'erogazione dei buoni spesa, potrà esperire accertamenti tecnici ed ispezioni e ordinare esibizioni documentali per la verifica di quanto dichiarato;
 - che nel nucleo familiare sono presenti i seguenti soggetti affetti da handicap:

-
- che nel nucleo familiare sono presenti i seguenti soggetti affetti da patologie croniche:

-
- di essere consapevole che il trattamento dei propri dati viene svolto dal Comune di Sabaudia per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 (DGPR) e che il responsabile per la conservazione dei dati è il dott. Simone Carmignani;
 - di accettare tutte le condizioni stabilite dal Comune di Sabaudia che consentiranno l'accesso al beneficio in caso di accoglimento della presente istanza e limitatamente al contributo concesso.

CHIEDE

L'erogazione di Buoni di Spesa in proprio favore, a beneficio del proprio nucleo familiare come sopra dichiarato e si impegna, in caso di assegnazione accordata, ad **utilizzarli ESCLUSIVAMENTE per l'acquisto di FARMACI, GENERI ALIMENTARI E BENI DI PRIMA NECESSITA' CON L'ESCLUSIONE DI SUPERALCOLICI.**

DATA

Firma _____

SI ALLEGA DOCUMENTO DI IDENTITA' (IN CORSO DI VALIDITA')



COMUNE DI SABAUDIA

PROVINCIA DI LATINA

Parte riservata all'ufficio

NR. VOUCHER EROGATI _____

PER RICEVUTA DEL SOGGETTO BENEFICIARIO _____

a conferma della domanda inviata via mail o whatsapp Firma _____