

**EMERGENZA COVID-19
MISURE URGENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE**

DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI BUONI SPESA O MEDICINALI

*In attuazione dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione civile n. 658 del 29 marzo 2020
e dell'art. 53, co. 1, D.L. 25 maggio 2021, n. 73*

Il/La sottoscritto/a _____ Codice Fiscale _____
 Nato/a _____ prov. (____) il _____
 Residente a _____ prov. (____)
 in Via _____ n. _____
 Numero di telefono _____ e-mail: _____
 _____ Documento di riconoscimento _____
 _____ numero _____ rilasciato da _____
 _____ in data _____
 _____ valido fino al _____

consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. che il nucleo familiare è così composto:

COGNOME E NOME	GRADO PARENTELA (1)	DATA DI NASCITA	SITUAZIONE LAVORATIVA (2)	REDDITO MENSILE MEDIO PERCEPITO

(1) R (richiedente) CG (coniuge) CO (convivente) FG (figlio/a) NP (nipote) MD (madre) PD (padre)

(2) Lavoratore dipendente, autonomo, occasionale, altro contratto di lavoro (specificare quale), disoccupato o inoccupato, percettore di indennità (ad esempio indennità di accompagnamento, invalidità civile, ecc).

2. che la situazione economica familiare si è modificata a causa dell'emergenza epidemiologica per i seguenti motivi: *(descrivere brevemente gli elementi che hanno portato al peggioramento della propria situazione economica)*

3. che i componenti del nucleo familiare:
- NON sono percettori dei seguenti ammortizzatori sociali (NASpI - ASDI - DIS-COLL.)
 - Sono percettori dei seguenti ammortizzatori sociali (NASpI - ASDI - DIS- COLL.) dal _____ al _____ ed hanno percepito nel mese di marzo € _____ non sufficiente per le primarie necessità di sussistenza
4. che i componenti del nucleo familiare:
- NON sono beneficiari di ReI/Reddito di Cittadinanza
 - Sono beneficiari di ReI/Reddito di Cittadinanza dal _____ e percepiscono la somma mensile di € _____ non sufficiente per le primarie necessità di sussistenza
5. che il nucleo familiare:
- ha percepito negli ultimi due mesi un sussidio economico dal Consorzio per i Servizi Sociali pari a € _____
 - NON percepisce continuativamente altri sussidi pubblici
6. di accettare le decisioni che il Comune di Sparone vorrà adottare in merito alla possibilità di accedere ai buoni spesa o a generi alimentari/farmaci-medicinali.

A tal fine,

CHIEDE

la concessione di buoni spesa e/o farmaci-medicinali impegnandosi, in caso di assegnazione accordata, ad utilizzarli **ESCLUSIVAMENTE** per l'acquisto di **GENERI ALIMENTARI e/o FARMACI-MEDICINALI**.

Luogo e data.....

FIRMA DEL DICHIARANTE _____

ISTRUZIONI:

è possibile inviare la richiesta per e-mail anche senza stamparla e sottoscriverla, allegando la copia scansionata (anche con foto del cellulare) della carta di identità – in tal caso, verrà chiesta successivamente la regolarizzazione della domanda. La stessa potrà, altresì, essere presentata al Comune, previo appuntamento concordato con gli Uffici comunali al seguente numero: 0124.808804.

Firma
