

AL COMUNE DI SOGLIANO CAVOUR

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Email *buonospesacovid.soglianoc@gmail.com*

Oggetto: Avviso Pubblico Prot. n. 6505 del 06/10/2022 - EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA da COVID-19 - Richiesta assegnazione “buoni spesa” per l’acquisto di generi alimentari e/o beni di prima necessità ai sensi dell’Ordinanza n. 658 del 29.03.2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile e art. 2 del Decreto Legge 23 novembre 2020, n. 154 (cd. Decreto Ristori-ter) e decreto del Ministero dell’Interno di concerto col Ministro dell’Economia e delle Finanze del 24/06/2021.

Il/la sottoscritt.nat..... a il
..... residente aProv.....
via.....n....., Cod. Fisc..... recapito
telefonico(**cellulare obbligatorio**).....recapito tel. fisso.....
email@....., PEC.....@.....con
domicilio (solo se diverso dalla residenza) a in Via/P.zza
..... n.

VISTO quanto disposto dall’OCDPC n. 658 del 29 marzo 2020 e successivi decreti di cui in oggetto:

CHIEDE

l’assegnazione di “**BUONI SPESA**”, per sé stesso e per il proprio nucleo familiare.

A tal scopo, 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 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

ai sensi degli artt. 46 e 47 del succitato DPR 445/2000

- di essere cittadino italiano oppure _____(indicare la denominazione dello Stato facente parte dell’Unione Europea);
oppure
- di essere cittadino _____(indicare la denominazione dello Stato non facente parte dell’Unione Europea e di essere in possesso di un permesso di soggiorno, in corso di validità);
- di essere residente nel Comune di Sogliano Cavour
oppure
- di essere senza dimora a carico del Comune di Sogliano Cavour
oppure
- di essere richiedente asilo o titolare di permesso di protezione umanitaria;

- che la composizione del proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è la seguente:

N°	Cognome e Nome	Data nascita	Relaz. Parentela	Disabilità e/o patologie gravi	minori	anziani	Condizione occupazionale
1.				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
2.				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
3.				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
4.				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
5.				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	

- che nessun altro componente del nucleo familiare ha fatto né farà richiesta finalizzata ad ottenere il medesimo beneficio;
- che la propria situazione di grave disagio economico e del suo nucleo familiare, conseguente all' emergenza da Covid 19 conclusasi il 31/03/2022, è ancora in atto e deriva da *(indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate aggravate dalla situazione emergenziale compresa la riduzione/azzeramento del reddito disponibile riveniente da attività lavorativa, ecc):*

- che attualmente il reddito disponibile mensile per l'intero nucleo familiare è pari ad € _____ riveniente da _____ *(specificare la fonte di provenienza: attività lavorativa o altro)* come di seguito dettagliato per ogni componente del nucleo familiare:

Cognome e nome	Fonte di provenienza	Importo

- che il proprio nucleo familiare ha:
- un'Attestazione ISEE ordinaria in corso di validità, il cui valore è pari ad € _____
(che allega);
 - un'attestazione ISEE corrente, in corso di validità, il cui valore è pari ad € _____
(che allega), avendo le condizioni previste dalla legge (art. 10 della L. 147/2017, come modificato dall'art. 28-bis del D.L. 34/2019);

Oppure

- Che il proprio nucleo familiare non dispone di un'Attestazione ISEE in corso di validità e si impegna a produrla entro n. 10 giorni dalla data della presente istanza;
- che le disponibilità finanziarie di immediata liquidità (saldo conto corrente bancario/postale oppure depositi/titoli/ecc.) di tutto il nucleo familiare non sono assolutamente sufficienti a consentire di superare il grave disagio economico dovuto e/o aggravato dall'emergenza da Covid 19;
- che nessuno dei componenti del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico (*);

oppure

- che i sottoindicati componenti del nucleo familiare fruiscono delle seguenti forme di sostegno pubblico (*):
(Indicare beneficiario, tipologia di beneficio pubblico e somma mensile fruita)

Cognome e nome	Tipo di sostegno	Importo mensile

- che l'alloggio in cui vive con il proprio nucleo familiare è occupato a titolo di:
- proprietà locazione altro (specificare) _____
- che dall'ultima dichiarazione dei redditi presentata (anno 2021) risulta un valore reddituale netto pari ad € _____

DICHIARA INOLTRE

- di accettare tutte le condizioni individuate dal Comune di Sogliano Cavour che consentiranno l'accesso al beneficio;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni a quanto ivi dichiarato;
- di essere a conoscenza che il Comune di Sogliano Cavour, in sede di istruttoria o successivamente all'erogazione dei buoni spesa, potrà esperire controlli, accertamenti tecnici ed ispezioni e ordinare esibizioni documentali per la verifica di quanto dichiarato;
- di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14 GDPR n° 679/2016 e della normativa nazionale, che dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E' informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del beneficio indicato in

oggetto e che un eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda. Pertanto, con la presente, autorizza il trattamento dei propri dati personali.

Per Quanto Sopra, nel chiedere l'erogazione di "Buoni Spesa" a beneficio del proprio nucleo familiare come sopra dichiarato SI IMPEGNA, in caso di assegnazione accordata, ad utilizzare i buoni spesa ESCLUSIVAMENTE per l'acquisto di GENERI ALIMENTARI O PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA'.

....., li

Il/La dichiarante

.....

Si Allega:

- *Documento Di Riconoscimento Valido del Dichiarante e, se disponibile, copia dell'Attestazione ISEE in corso di validità;*
- *Ogni altra documentazione utile a documentare lo stato di disagio socio economico riveniente dall'Emergenza Sanitaria da Covid 19.*

ISTRUZIONI:

- *è possibile inviare la presente domanda esclusivamente all'indirizzo protocollo.comune.soglianocavour@pec.it, oppure a mezzo posta elettronica – all'indirizzo buonospesacovid.soglianoc@gmail.com oppure mediante consegna diretta all'ufficio protocollo dell'Ente allegando copia di un documento di riconoscimento valido (carta di identità, patente di guida, passaporto).*
- *In caso di impossibilità ad inviare email oppure per essere supportato nella presentazione della domanda è possibile contattare telefonicamente l'Assistente Sociale del Servizio Sociale Professionale Comunale al n. 348/8241969 o al n. 0836/1903540, dal lunedì al venerdì, dalle ore 09.00 alle ore 13.00, - 15.30-18.30, oppure rivolgersi nei giorni di lunedì, mercoledì e giovedì, dalle ore 9.30 alle ore 11.30, e di mercoledì dalle 16.30 alle 18.30 presso i Servizi di Segretariato Sociale PUA/S.P.I.O.L. del Comune di Sogliano Cavour – Tel. 0836/1903650.*

(*) Per forme di sostegno pubblico si intendono:

Trattamenti pensionistici; Indennità di Disoccupazione NASPI-INPS; REI (Reddito di Inclusione); RDC (Reddito di Cittadinanza); Rendita INAIL; Cassa Integrazione; Altre Forme di Sostegno al reddito erogate da Enti Pubblici.