# **Taviano**



### Città dei Fiori

####  (Lecce – Italy)

 Al Comune di TAVIANO

Ufficio Servizi Sociali

**OGGETTO: MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARE. Richiesta BUONO SPESA (Ordinanza del Capo Dipartimento della Protezione civile n.658 del 29.03.2020). Emergenza COVID-19**

**La presente domanda può essere presentata solo da uno dei componenti del nucleo familiare**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a TAVIANO, in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_, attualmente domiciliato in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_email/pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di ricevere in consegna un “Buono Spesa” di cui all’art. 1, comma 3, dell’Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, per l’acquisto di generi alimentari di prima necessità.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dagli art. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici,

**DICHIARA, PER SE E PER IL PRORPIO NUCLEO, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

Che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_\_ persone e che, pertanto, oltre al dichiarante, vi sono:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Parentela*** | ***Cognome*** | ***Nome*** | ***Luogo di nascita*** | ***Data di nascita*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Che prima dell’emergenza i seguenti componenti svolgevano la seguente attività lavorativa:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Parentela*** | ***Cognome Nome*** | ***Attività lavorativa*** | ***Data sospensione*** | ***Reddito medio mensile*** |
| ***Dichiarante*** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

che i seguenti componenti del proprio nucleo familiare hanno situazione di disabilità certificata ai sensi dell’art. 3 comma 1 o comma 3 della L.104/92

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Parentela*** | ***Cognome*** | ***Nome*** | **Disabilità****(Art.3 comma 1 o art.3 comma 3: specificare)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*(barrare le voci che interessano)*

* di non essere beneficiario di sostegni pubblici (RdC, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, pensione, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale);
* di essere assegnatario di sostegno pubblico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(specificare tipologia) per un importo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che nel proprio nucleo familiare non ci sono altri soggetti percettori di redditi, contributi, indennità a qualsiasi titolo;
* che nel proprio nucleo familiare ci sono altri soggetti percettori di redditi, contributi, indennità a qualsiasi titolo: **Indicare chi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e l’importo percepito\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* di non essere, in questo momento di emergenza sanitaria ed economica, in grado di provvedere ai bisogni primari per se stesso e per la propria famiglia;
* che il proprio nucleo familiare non possiede reddito disponibile e alcuna forma di sostentamento reperibile attraverso accumuli bancari o postali, al netto di obbligazioni derivanti da contratti di mutuo, locazione, pagamento utenze, etc;
* di non svolgere alcuna attività lavorativa e di non essere stato posto in cassa integrazione ai sensi dell’art. 48 del DPCM 17/03/2020 (Decreto Cura Italia);
* che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato la medesima istanza;

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì:

* di essere a conoscenza che il Comune di Taviano si riserva la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati, procedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia e revoca dal beneficio indicato in oggetto ai sensi della normativa vigente;
* 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 i 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. È 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.

Taviano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IL/LA DICHIARANTE

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

*Allega:*

*copia documento d’identità in corso di validità*