All’ufficio Servizi Sociali

**Del Comune di Collepasso**

**Oggetto**: emergenza COVID-19- FASE 2- Richiesta buono spesa.

Il/ La Sottoscritto/a Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N°\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento di identità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono/Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail/pec \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi dell’ordinanza n. 658 del 29/03/2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile

CHIEDE

Di ricevere in consegna Buoni Spesa per l’acquisto di generi alimentari di prima necessità e prodotti di igiene, previsti dall’Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile nb. 658 del 29/03/2020.

A tal fine, e ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 200 n. 445 e s.m.i.. Consapevole delle sanzioni penali previste dall’articolo 76 del medesimo DPR 445/2000 e s.m.i., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARA E AUTOCERTIFICA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

Che il proprio nucleo familiare ( come da stato di famiglia) è composto, incluso il dichiarante, da n. \_\_\_ persone e nello specifico:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RELAZIONE DI PARENTELA  | NOME E COGNOME | DATA DI NASCITA | PROFESSIONE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Dichiara, per sé e per gli altri componenti del nucleo familiare suindicati, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

**DI NON PERCEPIRE:**

* REDDITO DI CITTADINANZA
* REDDITO DI DIGNITA’(RED-REI)
* AMMORTIZZATORI SOCIALI( CIG, NASPI, ASDI, DIS-COLL)
* DECRETO CURA ITALIA
* CASSA INTEGRAZIONE
* PENSIONE
* INVALIDITA’

**CHE IL NUCLEO FAMILIARE PERCEPISCE( specificare importi):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MEMBRO | REDDITO DI CITTADINANZA | REDDITO DI DIGNITA’(RED-REI) | AMMORTIZZATORI SOCIALI( CIG, NASPI, ASDI, DIS-COLL) | DECRETO CURA ITALIA | CASSA INTEGRAZIONE | PENSIONE | INVALIDITA’ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

 **DI NON POSSEDERE:**

* **DISPONIBILITA’ FINANZIARIA SUPERIORE A € 10.000**

**CHE LA SITUAZIONE LAVORATIVA DEL NUCLEO FAMILIARE E’ LA SEGUENTE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COMPONENTE** | **SITUAZIONE LAVORATIVA** | **IMPORTO STIPENDIO MENSILE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**DI RISIEDERE IN ABITAZIONE:**

* **Di proprietà**
* **In affitto ( importo affitto € \_\_\_\_\_\_\_\_ )**
* **Altro diritto di abitazione (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_li\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il dichiarante**

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