# Modulo richiesta per cittadini per i buoni spesa

Al Comune di Gandosso

ufficio Servizi sociali

Mail servizisociali@bronzone.cmassrl.it

 segreteria@comune.gandosso.bg.it

Oppure telefonare al 035.927031

Da lun. a giov. 14.00-17.30 e Venerdì 9.00 -13.00

RICHIESTA DI ACCESSO AI BUONI SPESA AI SENSI DELL’ORDINANZA DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29 MARZO 2020

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

|  |  |
| --- | --- |
| Il sottoscritto |   |
| Codice fiscale |   |
| Data di nascita |   |
| Comune di nascita |   |
| Provincia di nascita |   |
| Stato estero di nascita |   |
| Cittadinanza |   |
| Residente a |   |
| via e nr. civico |   |
| e-mail |   |
| Telefono |  Cell.  |

CHIEDE

di poter beneficiare dei buoni spesa ai sensi dell’ODPDC n. 658 del 29 marzo 2020

A TAL FINE DICHIARA

#### ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, quanto segue:

* che lo stato di famiglia è composto, oltre che dal dichiarante, dalle seguenti persone:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parentela | Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. che nel proprio nucleo familiare sono presenti n…………….. minori con età inferiore ai 4 anni;
2. di possedere almeno una delle seguenti condizioni:

#### barrare le condizioni di appartenenza

|  |  |
| --- | --- |
|  | licenziamento, mobilità, cassa integrazione; perdita o riduzione del lavoro non coperta da ammortizzatori sociali |
|  | sospensione attività di lavoro autonomo non coperta da ammortizzatori sociali (600 euro mensili partite iva) |
|  | cessazione o riduzione di attività professionale o di impresa |
|  | Disoccupazione |
|  | mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici |
|  | accordi aziendali e sindacali con riduzione del l’orario di lavoro |
|  | malattia grave o decesso di un componente del nucleo familiare |
|  | incremento di spese certificate sostenute dal nucleo familiare per l’acquisto di farmaci,per garantire interventi socio-assistenziali o per il pagamento di spese socio-sanitarie o funerarie |
|  | attivazione di servizi a pagamento per l’assistenza al domicilio di persone fragili chenon hanno potuto frequentare centri diurni per anziani, disabili o progetti personalizzati domiciliari di cui fruivano |
|  | Nuclei che si trovano conti correnti congelati e/o nella non disponibilità temporanea (ad esempio a causa di decesso del coniuge, etc) |
|  | altro stato di necessità (specificare in dettaglio): |
|  |

N.B. il richiedente se richiesto in sede di controllo dovrà produrre documentazione/dichiarazioni per attestare il possesso delle condizioni dichiarate



1. di non aver risorse necessarie per affrontare le spese per i beni di prima necessità

Barrare tra le due risposte

* Di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo famigliare
* Di ricevere i seguenti contributi pubblici: (specifica | es. Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)

…………………………………………………………. €……………./mese (riferimento marzo 2020).

…………………………………………………………. € ……………../mese (riferimento marzo 2020).

…………………………………………………………. € …………………./mese (riferimento marzo 2020).

1. di avvalersi per la fruizione del buono dell’esercizio commerciale o dei seguenti esercizi commerciali (massimo 3). Scegliere nella lista di negozi pubblicata sul sito del Comune

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

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

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

Dichiara di aver preso visione dell’Avviso pubblico contenente l’informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

di essere a conoscenza che il Comune di residenza procederà, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli sulle domande presentate richiedendo nei casi opportuni l’intervento della Guardia di Finanza.

Data IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega la seguente documentazione:

* Fotocopia della carta di identità del richiedente.
* Per i richiedenti cittadini di paesi terzi, copia del titolo di soggiorno o scaduto in data successiva al 21/02/2020 ovvero in possesso di ricevuta per appuntamento di rinnovo

NOTA UFFICIO SERVIZI SOCIALI : In considerazione dell’emergenza codiv-19 il consenso è stato acquisito telefonicamente dall’Ass. sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_\_\_\_ dal sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che ha comunicato il seguente documento d’identità per riconoscimento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lo stesso si impegna a far pervenire al termine dell’emergenza modulo sottoscritto in originale.