



Cod. Fisc. 8200171065 4 P.IVA:00619730658 Cap. 84069

CITTÀ DI ROCCADASPIDE

Medaglia di Bronzo al Merito Civile

PROVINCIA DI SALERNO

Modello di domanda per il buono spesa COVID 19

Al Comune di Roccadaspide

-Servizi Politiche Sociali-

protocollo@pec.comune.roccadaspide.sa.it

OGGETTO: RICHIESTA BUONO SPESA EMERGENZA COVID - (OCDPC N. 658 DEL 29/03/2020).

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a a _____, il
_____, residente in Roccadaspide (Sa), alla Via/Piazza _____ n. _____,
C.F. _____ Tel. _____ pec:
_____; e-mail _____

CHIEDE

che gli/le sia concesso **il buono spesa per l'emergenza epidemiologica CODID 19** previsto dall'OCDPC n. 658 del 29/03/2020, come disciplinato dall'avviso pubblico del 02 aprile 2020, ed a tal fine, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole di decadere dal beneficio e di incorrere in responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare ha le seguenti caratteristiche:

BARRARE	CRITERI	SPECIFICARE LA SUSSISTENZA DEL REQUISITO ED IL NUMERO DI COMPONENTI RIENTRANTI NELLE VARIE CASISTICHE (DA COMPILARE A CURA DEL RICHIEDENTE)
a)	reddito familiare complessivo inferiore a 10.632,94 euro nell'anno 2019	(Indicare il Reddito dell'intero nucleo familiare percepito nell'anno 2019)
b)	abitare in immobile condotto in locazione	(Indicare il contratto di locazione)

c)	presenza di ultra sessantacinquenni nel nucleo familiare oppure di bambini fino a 6 anni	(Indicare i nominativi degli ultrasessantacinquenni)
d)	portatori di handicap nel nucleo familiare	(Indicare i nominativi dei portatori di handicap)
e)	presenza di soggetti affetti da patologie croniche, con invalidità non inferiore al 66% nel nucleo familiare	(Indicare i nominativi dei soggetti con invalidità superiore al 66%)
f)	Numero di componenti del nucleo familiare	(Indicare il numero dei componenti il nucleo familiare)
g)	Soggetti già assegnatari di sostegno pubblico fino ad 500 euro/mese (cassa integrazione ordinaria e in deroga, stipendi, pensioni, pensioni sociali, pensione di inabilità, reddito di cittadinanza, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento, altre indennità speciali connesse all'emergenza coronavirus ecc.) ¹	SI/NO (barrare e specificare importo e natura del sostegno pubblico ricevuto)

- a) di essere residente/domiciliato attualmente nel Comune di Roccadaspide;
b) che la famiglia (compreso il dichiarante), come risulta dallo stato di famiglia anagrafico, è composta da:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

- c) che l'attuale disponibilità economica in riferimento ad entrate recenti e/o giacenza su c/c o altri strumenti di deposito immediatamente smobilizzabili non consentono l'approvvigionamento di generi alimentari o di prima necessità OPPURE che il proprio nucleo familiare versa in gravi difficoltà economiche, senza alcun reddito disponibile e alcuna forma di sostentamento reperibile attraverso accumuli bancari o postali;
d) che ha preso visione dell'Avviso e delle misure di cui all'OCDPC 658 del 29/03/2020 approvato;
e) di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di falsa dichiarazione ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 e dell'obbligo di restituzione del contributo indebitamente percepito.

Data e luogo

Firma
(Per esteso e leggibile)

.....

Allegare copia documento di identità

¹ questa tipologia di soggetti viene collocata in graduatoria successivamente a coloro che sono privi di qualsiasi sostegno pubblico, tenendo conto dei criteri di cui alle lettere da a) fino a f).