EMERGENZA SANITARIA LEGATA AL DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19
MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

MODELLO ISTANZA DI ACCESSO AI "BUONI SPESA" DI CUI ALL'ORDINANZA DEL CAPO DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29/03/2020

Al Sindaco del
COMUNE DI LANCIANO
PEC: comune.lanciano.chieti@legalmail.it

La domanda di accesso al beneficio a valere sul Fondo di solidarietà alimentare può essere presentata solo da uno dei componenti del nucleo familiare.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____) il ___/___/_____, residente a Lanciano, Via/Piazza _____, n. _____, recapito telefonico _____ - Codice Fiscale _____, EMAIL_____trovandosi in uno stato di bisogno che, allo stato attuale, gli preclude la possibilità di procurarsi ed acquistare generi alimentari e di prima necessità per sostenere il proprio nucleo familiare,

CONSAPEVOLE

- che, ai sensi dell'art. 76 co. 1 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale;
- che, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere
- che, ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000, l'ente pubblico ha l'obbligo di effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000;
- che tutte le informazioni fornite saranno trasmesse dal Comune di Lanciano alle Autorità competenti per i controlli sulla veridicità degli stessi

CHIEDE

di poter accedere al beneficio del "Buono Spesa" di cui all'art. 2 dell'Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, per l'acquisto di generi alimentari e prodotti di prima necessità.

DICHIARA, PER SE E PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

(*barrare le voci che interessano*):

|__| di essere residente nel Comune di Lanciano;

|__| che il proprio nucleo familiare è composto da n. ____ componenti, di cui n. ____ figli minori e n. ___ altro, conformemente a quanto risultante dallo stato di famiglia;

|__| che nel proprio nucleo familiare è presente n. ____ disabili certificato ai sensi dell'art. 3 L. 104/92;

|__| di aver perso il lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati da Governo e dalla Regione Abruzzo in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19.

A tal fine dichiara che era impiegato presso la ditta/società _____di_____, con la mansione di _____ e che il rapporto si è interrotto in data ___/___/_____;

|__| di trovarsi nella condizione di disoccupato/inoccupato a far data dal ___/___/_____ e che prima di tale

data era impiegato presso la ditta/società _____ di_____ con la mansione di _____;

|__| a causa dell'epidemia in corso, di aver dovuto chiudere l'attivita' commerciale di _____o artigianale di _____ sita a _____ in via _____ di cui e' titolare o legale rappresentante;

|__| di non percepire altri redditi (da lavoro, da locazione immobili, da pensione…..);

|__| di percepire altri redditi (da lavoro, da locazione immobili, da pensione…..) nella misura mensile di € _____;

|__| che l' attuale disponibilita' economica in riferimento ad entrate recenti e/o giacenza su conti correnti bancari, postale o altri strumenti di deposito e finanziari non consente e/o non sono fruibili per l' approvvigionamento di generi alimentari o di prima necessita';

|__| di non essere beneficiario delle misure urgenti di sostegno al reddito - ammortizzatori sociali (cassa integrazione ordinaria, in deroga….) legate all' emergenza covid 19;

|__| che il proprio datore di lavoro ha richiesto l' ammissione al trattamento di sostegno al reddito ma attualmente non e' beneficiario degli ammortizzatori sociali (cassa integrazione ordinaria, in deroga….) legate all' emergenza covid 19;

|__| | di non beneficiare delle misure di sostegno economico previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto "Cura Italia") pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020

|__| di aver richiesto, in data ___/___/_____, l' accesso ad una delle misure di sostegno economico (specificare quale) _____ previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto "Cura Italia") pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020 ma attualmente non e' beneficiario;

|__| di essere percettore di Reddito di inclusione o di cittadinanza o altri strumenti di sostegno economico (Naspi indennità di mobilità…) per un importo pari a € _____ mensile;

|__| di non beneficiare di altri sussidi a qualsiasi titoli erogati per i mesi marzo ed aprile 2020 dal Settore Servizi alla persona del comune di Lanciano.

Eventuali note: _____

_____

Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto. I dati richiesti sono necessari ed indispensabili ai fini di dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici dei servizi sociali, finalizzata all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare.

Allega alla presente:

- copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità/ riporta gli estremi del proprio documento di riconoscimento: n. _____data di rilascio_____rilasciato dal Comune di _____

Lanciano, ___/___/2020 Firma _____OBBLIGATORIA

Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza il Comune di Lanciano al trattamento dei propri dati personali, ai fini dell'istruttoria del procedimento ad alla gestione ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all'art. 13 del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali " e dall'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).