

**ISTANZA PER L'ACCESSO AI BUONI SPESA
DI CUI ALL'ORDINANZA DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO
DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29 MARZO 2020**

Al Comune di VILLA D'ALME'
Ufficio Servizi sociali
protocollo@comune.villadalme.bg.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il/La sottoscritto/a _____
Data di nascita _____
Comune di nascita _____
Provincia di nascita _____
Codice fiscale _____
Avente cittadinanza _____
Residente a Villa d'Almè _____
Via/Piazza e n. civico _____
e-mail _____
telefono/cellulare _____

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:

- 1) di essere residente nel Comune di Villa d'Almè alla data di presentazione della domanda;
- 2) di trovarsi in almeno una delle seguenti condizioni (*barrare le condizioni di appartenenza*):

<input type="checkbox"/>	licenziamento, mobilità, cassa integrazione perdita o riduzione del lavoro non coperta da ammortizzatori sociali
<input type="checkbox"/>	sospensione dell'attività di lavoro autonomo non coperta da ammortizzatori sociali (600,00 euro mensili partite IVA)
<input type="checkbox"/>	cessazione o riduzione di attività professionale o di impresa
<input type="checkbox"/>	Disoccupazione
<input type="checkbox"/>	mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipico
<input type="checkbox"/>	accordi aziendali e sindacali con riduzione dell'orario di lavoro
<input type="checkbox"/>	malattia grave o decesso di un componente del nucleo familiare
<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	attivazione di servizi a pagamento per l'assistenza al domicilio di persone fragili che non hanno potuto frequentare centri diurni per anziani, disabili o progetti personalizzati domiciliari di cui fruivano
<input type="checkbox"/>	nucleo che si trova conti correnti congelati e/o nella non disponibilità temporanea (ad esempio a causa di decesso del coniuge, ecc.)
<input type="checkbox"/>	over 65 con la sola pensione minima, o in assenza di pensione

<input type="checkbox"/>	nuclei monoreddito con disabili in situazione di fragilità economica
<input type="checkbox"/>	altro stato di necessità (specificare in dettaglio lo stato di necessità)

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

3) che il saldo dei conti correnti e dei risparmi a qualunque titolo intestati ai componenti il proprio nucleo familiare, alla data odierna, ammonta a Euro _____;

4) che il proprio nucleo familiare, così come da iscrizione al registro anagrafico della popolazione residente, è composto da n. _____ persone di cui n. ____ sono neonati/infanti aventi 0/3 anni;

5) (solo per i cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea, gli altri cittadini non devono compilare) in quanto cittadino straniero non appartenente all'Unione Europea è in possesso del seguente titolo di soggiorno _____ avente validità fino al _____;

6) barrare le condizioni di interesse

sta usufruendo/ ha usufruito dei seguenti sostegni diretti statali per l'emergenza Coronavirus _____ (es. "Cura Italia" altri provvedimenti);

sta usufruendo/ha usufruito delle seguenti forme di sussidio generiche _____ (es. Reddito di cittadinanza);

non sta usufruendo/non ha usufruito di sostegni diretti statali per l'emergenza Coronavirus;

non sta usufruendo/non ha usufruito di forme di sussidio generiche;

7) che il reddito mensile netto del nucleo familiare a partire dal mese di aprile 2020 sarà presumibilmente pari complessivamente a euro _____ e sarà così costituito:

<i>Nominativo membro familiare perceutore di reddito</i>	<i>Importo mensile netto</i>	<i>Tipologia di reddito (indicare se da lavoro, da pensione o altro</i>
Totale		

8) di risiedere in

<input type="checkbox"/>	abitazione di proprietà (o altro diritto reale di godimento come l'usufrutto, etc.)
<input type="checkbox"/>	in locazione
<input type="checkbox"/>	altro (es. comodato gratuito)

9) con riferimento al patrimonio immobiliare del nucleo familiare, dichiara

che i componenti del nucleo familiare non sono proprietari/comproprietari di proprietà immobiliari, oltre alla casa di abitazione, da cui derivano canoni di locazione o altre entrate

Oppure

che i componenti del nucleo familiare sono proprietari/comproprietari di proprietà immobiliari, oltre alla casa di abitazione, da cui derivano canoni di locazione o altre entrate per un importo di €

DICHIARA ALTRESI'

- di aver preso visione dei contenuti dell' "AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI BUONI SPESA AI SENSI DELL'OCDPC N. 658 DEL 29 MARZO 2020" e di accettarne integralmente le condizioni;
- di essere a conoscenza che il Comune di Villa d'Almè procederà, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli sulle domande presentate, al fine di verificare le informazioni dichiarate nella presente dichiarazione ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e dei D. Lgs. 109/1998 e 130/2000). Qualora a seguito dei controlli, il contributo risultasse indebitamente riconosciuto, ovvero in caso di dichiarazioni mendaci del beneficiario, il Comune procederà alla revoca del beneficio e alla riscossione delle somme indebitamente percepite;
- di autorizzare il Comune di Villa d' Almè al trattamento dei dati personali contenuti in questa domanda esclusivamente per le finalità della presente richiesta, avendo preso visione dell'informativa privacy pubblicata sul sito internet del Comune <http://www.comune.villadalme.bg.it> nella sezione Amministrazione trasparente, Altri contenuti – Dati ulteriori, Privacy.

Villa d'Almè, (data) _____

IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega la seguente documentazione:

- Fotocopia della carta di identità del richiedente
- (per coloro che ne sono già provvisti) documentazione relativa al saldo dei conti correnti e dei risparmi a qualunque titolo intestati ai componenti il nucleo familiare alla data di presentazione dell'istanza.

Da compilare solo se dichiarazione resa per conto di persona interdetta, inabilitata o soggetta ad amministrazione di sostegno

Dati della persona sottoposta a misure di protezione giuridica:

Nominativo _____

Codice fiscale _____

Data di nascita _____

Comune e Provincia di nascita _____

Residente a Villa d'Almè _____

via e nr. Civico _____

e-mail _____

Telefono/Cellulare _____

Villa d'Almè, (data) _____

IL LEGALE RAPPRESENTANTE/DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega la seguente documentazione:

- fotocopia dell'atto legale di nomina
- fotocopia della carta di identità del richiedente
- (per coloro che ne sono già provvisti) documentazione relativa al saldo dei conti correnti e dei risparmi a qualunque titolo intestati ai componenti il nucleo familiare alla data di presentazione dell'istanza.