

Al Comune di Avetrana
Via V. Emanuele 19

Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Richiesta Buoni Spesa Emergenza Covid-19 –Avviso TER

Il sottoscritto

(NOME) _____

(COGNOME) _____

Nato a _____ (___) il

residente in* _____ (___)

alla Via/C.so./Piazza_* _____ n. (___),

Codice Fiscale*

mail _____

telefono

Visto il D.L. n. 154 del 23/11/2020

CHIEDE

di essere ammesso alla misura di cui all' AVVISO PUBBLICO PER LA EROGAZIONE DI BUONI SPESA IN FAVORE DI CITTADINI COLPITI DALLA SITUAZIONE ECONOMICA DETERMINATASI PER EFFETTO DELL'EMERGENZA COVID-19 - TER

A tal fine, ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso decreto in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del DPR 445/2000),

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di aver letto e condiviso i contenuti dell'Avviso Pubblico sull'erogazione dei buoni spesa;
- di essere consapevole che quanto sotto dichiarato sarà oggetto di istruttoria da parte del Comune di Avetrana e che le domande saranno inviate alla Guardia di Finanza per i controlli;
- Che il proprio nucleo familiare risulta così composto:

N.	NOME	COGNOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	PARENTELA
1					Dichiarante
2					
3					
4					
5					
6					

OBBLIGATORIO
COMPILARE

Lo **stato di necessità** è dovuto a:

Sospensione/riduzione dell'attività **lavorativa** (specificare attività):

Altro (motivo di salute, indigenza) specificare:

Disoccupazione

OBBLIGATORIO
COMPILARE

-
- Che **il proprio nucleo familiare non possiede** reddito disponibile o alcuna forma di sostentamento reperibile attraverso accumuli bancari o postali al netto di obbligazioni da contratto di mutuo, locazione, pagamento utenze etc..

TRA 0,00 € e 1.500,00 €

TRA 1.500,01 € e 3.000,00

TRA 3.000,01 € e 5.000,00

OBBLIGATORIO
INSERIRE UNA
CROCE

- CHE NEL MESE DI **NOVEMBRE 2020** LE ENTRATE, A QUALSIASI TITOLO DEL NUCLEO FAMILIARE SONO STATE PARI A:

ENTRATE NOVEMBRE	€ _____
-------------------------	---------

Che il nucleo **beneficia di:**

- REDDITO DI CITTADINANZA – VALORE €* _____
- REDDITO DI EMERGENZA -VALORE €* _____
- REDDITO DI DIGNITÀ' – VALORE €* _____
- PENSIONI (invalidità, vecchiaia, sociale) – VALORE €* _____
- CASSA INTEGRAZIONE/CONTRIBUTI INPS VALORE €* _____
- ALTRA FORMA _____ VALORE € _____
- NESSUN SOSTEGNO AL REDDITO**

**OBLIGATORIO
COMPILARE**

Si allega

- documento di riconoscimento in corso di validità - **pena esclusione**
- eventuale documentazione a supporto di quanto dichiarato (*es. ISEE, comunicazione CIG, etc...*)

Luogo e Data

Firma

Si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione ai soli fini della evasione dell'istanza, ai sensi del D.Lgs 196/2003 e successivo Regolamento Europeo n. 679/16.

Luogo e Data
