

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:

<b>ENTRATE NOVEMBRE</b>	€ _____
-------------------------	---------

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**

**OBBLIGATORIO**

**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

\_\_\_\_\_