

**Oggetto: MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE (ART. 2 DECRETO LEGGE 23.11.2020, N. 154 E ORDINANZA N. 658 del 20.03.2020 DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE).**

**DOMANDA PER L'AMMISSIONE AL BENEFICIO DEI BUONI SPESA PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI O DI PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA'.**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
**(ART.47 D.P.R. N°445/2000 e ss.mm.ii)**

Il/la sig./ra.....

nato/a..... (.....) il .....

Cittadinanza ..... e residente a .....

in via..... n.....

Tel .....indirizzo e-mail.....

Codice Fiscale: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**C H I E D E**

di essere ammesso al beneficio di un intervento economico sotto forma di buoni acquisto di generi di prima necessità, previsto dall'Ordinanza n. 658 del 29-03-2020: "Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili" e dal Decreto Legge 154/2020

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dagli artt. 75 e 76 del DPR 28.12.2000 n.445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendaci, sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del citato decreto e sotto la propria responsabilità.

**D I C H I A R A**

a) di essere stato costretto a:

- interrompere o ridurre la propria attività lavorativa;
- chiudere la propria attività lavorativa;

ovvero

- di non poter svolgere alcuna attività, anche precaria e/o saltuaria e/o stagionale, che mi consenta di garantire il soddisfacimento delle esigenze minime del proprio nucleo familiare;
- b) di lavorare con la Partita IVA e di aver avuto una diminuzione dell'entrata mensile a causa delle restrizioni dovute all'emergenza Covid;
- c) che il proprio nucleo familiare è assegnatario di sostegno pubblico ( Rdc, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione, guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale) il cui valore è pari ad € \_\_\_\_\_ mensili;
- d) che il proprio nucleo familiare risulta così composto:  
N. \_\_\_\_\_ componenti:

n.	NOME E COGNOME	DATA DI NASCITA	RAPPORTO PARENTELA
			Dichiarante

- e) di non svolgere alcuna attività lavorativa e di non essere in grado di garantire il soddisfacimento delle esigenze minime del proprio nucleo familiare;
- f) che la liquidità e/o i valori mobiliari immediatamente smobilizzabili del proprio nucleo familiare (depositi su conto correnti postali e bancari, buoni postali o altro) non sono pari o superiori a € **10.000,00.**
- di avere un ISEE** ordinario 2020 di € \_\_\_\_\_, comunque non superiore ad € **10.000,00.**
  - che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato domanda per accedere alla presente misura;
  - di essere consapevole che le dichiarazioni sopra riportate saranno oggetto di verifica e controllo per il quale l'Ente si avvarrà della Guardia di Finanza, dell'INPS e dell'Agenzia delle Entrate;
  - di autorizzare il trattamento dei propri dati personali nella consapevolezza che gli stessi saranno trattati esclusivamente per finalità connesse alla presente procedura ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 e del Regolamento UE n.2016/679.

***Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000) e che in caso di dichiarazioni mendaci si incorrerà nelle responsabilità penali previste dalla normativa vigente.***

Il dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni inerenti i dati indicati.

**ACCETTA QUANTO SEGUE**

1. il beneficio verrà erogato sotto forma di voucher spesa che potrà essere utilizzato solo ed esclusivamente negli esercizi commerciali convenzionati di San Bartolomeo in Galdo che avranno aderito all'iniziativa **ESCLUSIVAMENTE** per l'acquisto dei seguenti beni di prima necessità:
  - acquisto di prodotti alimentari (ad esclusione di tutte le bevande alcoliche);
  - prodotti per l'igiene personale e per la pulizia della casa;
  - prodotti igienici ed alimenti per bambini e neonati;
  - prodotti farmaceutici e medicinali;
2. Verrà comunicato da parte dell'operatore dell'Ufficio Servizi Sociali l'ammissione al beneficio ed il numero di voucher spettanti;
3. A seguito della comunicazione il beneficiario sceglierà tra gli esercizi convenzionati quello dove utilizzare i voucher. A tal fine è consentita la scelta di un esercizio commerciale per i prodotti alimentari e uno per i prodotti non alimentari.

Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

SI AVVERTE: La domanda dovrà essere compilata in tutte le sue parti, PENA L'ESCLUSIONE DAL BENEFICIO.

San Bartolomeo in Galdo, li \_\_\_\_\_

FIRMA (richiedente)

.....

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nella dichiarazione resa ai soli fini della evasione della istanza, ai sensi del Decreto Legislativo 30-6-2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

FIRMA (richiedente)

.....