**AL COMUNE DI RIPI**

**Emergenza epidemiologica COVID 19**

**Autodichiarazione per la richiesta buoni- spesa in favore di nuclei familiari in condizione di disagio economico e sociale**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt \_\_\_ cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat \_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente nel Comune di Ripi in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.

telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ eventuale email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Facente parte del nucleo familiare composto da n. \_\_\_\_\_\_ persone, di cui n. \_\_\_\_ minori ,n. \_\_\_\_\_\_ persone con disabilità e n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_persone anziane

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/10/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità

**CHIEDE**

**di partecipare all’ assegnazione dei buoni - spesa previsti per l’intervento di solidarietà alimentare, per se stesso e per il proprio nucleo familiare.**

**DICHIARA**

* di avere cittadinanza italiana,
* di avere cittadinanza del seguente paese UE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di avere cittadinanza extraeuropea e di essere in possesso di permesso di soggiorno CE per soggiornanti di lungo periodo e/o permesso di soggiorno

**DICHIARA INOLTRE ED AUTOCERTIFICA PER L’INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA**

**CHE** nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato istanza per la richiesta dei buoni spesa;

**CHE** il proprio nucleo familiare si trova in una delle seguenti condizioni di disagio (barrare l’opzione delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della assegnazione dei buoni spesa e del relativo valore) :

* **nuclei familiari**/persone prive di reddito - anche temporaneamente - a causa degli effetti dell’emergenza sanitaria (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **nuclei monogenitoriali** privi di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori presenti nel nucleo;
* **nuclei familiari** con situazioni di patologie, multiproblematicità e disabilità che determinano una situazione di disagio economico per reddito insufficiente, anche a causa dell'emergenza sanitaria ( specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **nucleo familiare beneficiario** di altre forme di sostegno al reddito e di contrasto alla povertà erogate da Enti pubblici (ad es. Reddito di Cittadinanza, Reddito di emergenza, Naspi, Indennità di mobilità, Cassa Integrazione Guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale) oppure essere beneficiario di intervento di ristoro previsto da apposito provvedimento straordinario del Governo (Titolari di Partita Iva) - **Specificare soggetto, tipologia di sostegno e importo mensile:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Tipo di sostegno** | **Importo mensile** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **nucleo familiare non beneficiario** di altre forme di sostegno al reddito e di contrasto alla povertà erogate da Enti pubblici (ad es. Reddito di Cittadinanza, Reddito di emergenza, Naspi, Indennità di mobilità, Cassa Integrazione Guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)
* **nucleo familiare** che vive in un’abitazione di (barrare l’opzione):
* proprietà
* locazione alloggio pubblico di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili
* locazione alloggio privato di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili
* comodato d’uso gratuito
* altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Nucleo familiare che non dispone** di depositi bancari/postali/liquidità monetaria
* **Nucleo familiare che** alla data del 30/11/2020 dispone di depositi bancari/postali/liquidità monetaria pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Nucleo familiare con altra tipologia** di bisogno ( specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Nucleo familiare che dispone di altra fonte di reddito (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a dichiara di aver preso visione della l'informativa privacy sui buoni spesa presente sul sito del Comune di Ripi e di esprimere esplicito consenso al trattamento dei propri dati personali necessari per l’erogazione dei buoni spesa.

Data Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega documento di identità