



# COMUNE DI FEROLETO ANTICO

PROVINCIA DI CATANZARO

**“Misure urgenti di solidarietà alimentare” di cui all’articolo 2 del decreto legge 23 novembre 2020, n. 154 - AVVISO PUBBLICO PER L’EROGAZIONE DI MISURE DI SOSTEGNO E SOLIDARIETÀ IN FAVORE DI NUCLEI FAMILIARI IN DIFFICOLTÀ, ANCHE TEMPORANEA, DOVUTA ALL’EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19. – MODELLO DOMANDA**

Il/la sottoscritto \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_  
(luogo di nascita) (prov.) (data)

Cod. Fisc.: \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(comune di residenza) (prov.)

in \_\_\_\_\_ n. civ. \_\_\_\_\_  
(indirizzo)

Recapiti:

Telefono fisso/mobile: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

PEC: \_\_\_\_\_

(facoltativa)

**CHIEDE**

L’assegnazione del buono spesa in oggetto e, a tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni false, mendaci e reticenti

**DICHIARA**

- che il nucleo familiare di appartenenza è costituito da n. \_\_\_\_\_ persone, di cui n. \_\_\_\_\_ a carico del dichiarante, tutti come identificati in tabella:

NOME e COGNOME	CODICE FISCALE	GRADO DI PARENTELA
		DICHIARANTE



# COMUNE DI FEROLETO ANTICO

PROVINCIA DI CATANZARO

- che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha presentato istanza per l'erogazione di misure analoghe presso altro Comune calabrese ovvero presso altro Comune italiano;
- che si trova in una delle situazioni di seguito dettagliate;

## AMMISSIONE PRIORITARIA

- perdita o riduzione del lavoro **causa COVID 19** (licenziamento, mancato rinnovo di contratto a tempo determinato, riduzione delle ore lavorative) senza attivazione di ammortizzatori sociali;
- sospensione temporanea **causa COVID 19** dell'attività con partita IVA rientranti nei codici ATECO delle attività professionali, commerciali, produttive artigianali non consentite dai DPCM susseguiti a decorrere dal 22 marzo 2020 e successive integrazioni, senza attivazione di ammortizzatori sociali;
- impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali/stagionali o intermittenti a causa dell'obbligo di permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria o per effetto della contrazione delle chiamate, **causa COVID 19** senza attivazione di ammortizzatori sociali;
- di **non** avere percepito a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, contributi o sussidi, comunque denominati; (*Bonus 600,00 € - reddito di emergenza*) - (**Campo obbligatorio da contrassegnare**);

## AMMISSIONE SECONDARIA

- perdita o riduzione del lavoro **causa COVID 19** (licenziamento, mancato rinnovo di contratto a tempo determinato, riduzione delle ore lavorative) con attivazione di ammortizzatori sociali;
- sospensione temporanea **causa COVID 19** dell'attività con partita IVA rientranti nei codici ATECO delle attività professionali, commerciali, produttive artigianali non consentite dai DPCM susseguiti a decorrere dal 22 marzo 2020 e successive integrazioni, con attivazione di ammortizzatori sociali;
- impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali/stagionali o intermittenti a causa dell'obbligo di permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria o per effetto della contrazione delle chiamate, **causa COVID 19** con attivazione di ammortizzatori sociali;
- di **avere** percepito a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, contributi o sussidi, comunque denominati; (*Bonus 600,00 € - reddito di emergenza*)

\_\_\_\_\_;  
(**Campo obbligatorio da contrassegnare e compilare**)

## AMMISSIONE RESIDUALE

- di non rientrare in alcuna delle due ipotesi precedenti (prioritaria e secondaria);
- di essere disoccupato da lungo termine;
- di essere percettore del beneficio del **RDC o pensione di cittadinanza** per un importo pari a \_\_\_\_\_ mensili;
- di essere percettore di **pensione di invalidità** per un importo pari a \_\_\_\_\_ mensili;
- di essere percettore di **pensione di anzianità** per un importo pari a \_\_\_\_\_ mensili;
- che il valore dell'ISEE (con scadenza al 31.12.2021) è pari ad € \_\_\_\_\_;

Allegato G.C. n° 07 del 05/02/2028



# COMUNE DI FEROLETO ANTICO

PROVINCIA DI CATANZARO

che ha già beneficiato di buoni spesa e misure di sostegno di solidarietà alimentare gestiti dal Comune di Feroletto Antico per un importo pari ad € \_\_\_\_\_;

## SI IMPEGNA

➤ all'utilizzo del buono spesa in conformità all'uso consentito per l'acquisto esclusivamente di generi alimentari, farmaceutici e di prima necessità secondo le modalità stabilite dall'Avviso pubblicato dal Comune di Feroletto Antico;

➤ a conservare e ad esibire in caso di controllo gli scontrini fiscali attestanti la spesa dei buoni;

Alla presente allega:

- copia di un valido documento di identità e codice fiscale;
- copia modello ISEE;

Il/la dichiarante autorizza altresì il Comune di Feroletto Antico al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attribuzione del beneficio in oggetto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Reg. EU 2016/679. Il dichiarante è informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14 GDPR n° 679/2016 e della normativa nazionale, che dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

È informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del beneficio indicato in oggetto e che un eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Consapevole che le presenti dichiarazioni saranno oggetto di successive verifiche e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.), il/la sottoscritto/a si impegna, infine, a comunicare tempestivamente ogni variazione intervenuta relativamente alle dichiarazioni di cui alla presente istanza ed autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità relative al procedimento in oggetto.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**ALLEGA COPIA DOCUMENTO D'IDENTITA'**