**COMUNE DI RIVELLO**

*PROVINCIA DI POTE*NZA

Comune di Rivello

Ufficio Socio Assistenziale

Via.le Monastero, 48

RIVELLO (PZ)

e-mail PEC: [protocollo@pec.comune.rivello.pz.it](mailto:protocollo@pec.comune.rivello.pz.it)

OGGETTO: **EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19 - MISURE URGENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE. DECRETO "RISTORI TER" – D.L. 23-11-2020 N. 154 e OCDPC 658 DEL 29.03.2020.**

DOMANDA PER L’ASSEGNAZIONE DI BUONI SPESA PER L’ACQUISTO DI ALIMENTARI O BENI DI PRIMA NECESSITA’

Il sottoscritto / la sottoscritta

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

|\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_||\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

Data di nascita Luogo di nascita Prov

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_||\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

Residente a (comune ) Via/piazza e n. civico

|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|

Recapito telefonico (obbligatorio) indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

l’assegnazione di buoni spesa per l’acquisto di generi alimentari o beni di prima necessità, ai sensi dell’ordinanza di cui oggetto.

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

Ai sensi degli artt. 45 e 46 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità di atti ed uso di atti falsi dall’art. 76 dello stesso decreto,

* di essere residente nel Comune di Rivello.
* di essere domiciliato nel comune di Rivello e di avere la residenza nel Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_persone, di cui n\_\_\_ minori inferiori a 12 anni, n.\_\_\_\_ figli universitari, n.\_\_\_\_\_\_ componenti interessati da problemi di salute certificati.
* che la condizione di bisogno causata dall’applicazione delle norme relative al contenimento della epidemia da COVID-19 è la seguente:

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

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

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

* Che la condizione di bisogno è la seguente:

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

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

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

* Che nel nucleo familiare ***sono presenti o non sono presenti*** figli di età inferiore a 12 anni (cancellare l’ipotesi che non interessa);
* Che né il sottoscritto né alcuno dei componenti del nucleo familiare è beneficiario di altre forme di sostegno al reddito ed alla povertà erogati da Enti Pubblici (ad. es. Reddito di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di Mobilità, Cassa Integrazione e altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale etc.);

OPPURE

* Che alcuni dei componenti del nucleo familiare (compreso il sottoscritto) beneficiano delle forme di sostegno al reddito ed alla povertà erogati da Enti Pubblici di seguito indicate:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Tipo di sostegno | Importo sostegno |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Di non percepire altre provvidenze dallo Stato;
* Di essere disponibile ad un eventuale colloquio telefonico con gli operatori del Servizio Sociale del Comune di Rivello per ogni utile necessario approfondimento;
* Che le entrate mensili a qualsiasi titolo percepite da tutti i membri del nucleo familiare sono pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* Di non avere disponibilità economiche e liquidità per sé e/o il proprio nucleo famigliare sufficienti per l’acquisto di beni di prima necessità reperibili sui c.c postali o bancari per un importo superiore a sette mensilità del minimo vitale di € 4.828,18;
* Di avere disponibilità economiche e liquidità per sé e/o il proprio nucleo famigliare reperibili sui c.c postali o bancari per un importo superiore a sette mensilità del minimo vitale di € 4.828,18 e inferiore a 13 mensilità del minimo vitale di € 8.966,62;
* Di essere consapevole che le dichiarazioni possono essere verificate dalle autorità competenti;
* Di autorizzare il trattamento dei dati personali presenti nella dichiarazione resa ai soli fini della evasione della istanza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).
* altre informazioni utili (es. casi eccezionali) …………………………………………………………………………………….

.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Si allega documento di identità in corso di validità.

Rivello……………………………………………. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Luogo e data) (firma del richiedente)