

AI COMUNE DI CINQUEFRONDI

PEC:  
[protocollo@pec.comune.cinquefrondi.rc.it](mailto:protocollo@pec.comune.cinquefrondi.rc.it)

MAIL:  
[serviziouno@comune.cinquefrondi.rc.it](mailto:serviziouno@comune.cinquefrondi.rc.it)  
[affarigenerali@comune.cinquefrondi.rc.it](mailto:affarigenerali@comune.cinquefrondi.rc.it)

**OGGETTO: RICHIESTA BUONO SPESA - EMERGENZA COVID-19**

**Autodichiarazione resa ai sensi D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente

a Cinquefrondi Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

documento di identità n° \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_ in data

\_\_\_\_\_ e con scadenza il \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

mail: \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dal D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445;

**DICHIARA**

1. di trovarsi in condizione di difficoltà economica quale conseguenza della crisi da Covid-19;
2. che la propria famiglia anagrafica si compone delle seguenti persone, escluso il dichiarante:

N. d'ord	COGNOME e NOME	* Disabil	NASCITA		Rapporto con il/la dichiarante
			LUOGO	DATA	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

\*indicare a fianco del nominativo del componente il nucleo familiare, la lettera D (rappresentativa di eventuali disabilità)

3. che nessun altro componente del nucleo familiare ha fatto, né farà richiesta per accedere ai BUONI SPESA – EMERGENZA COVID 19;

4. (barrare la casella che interessa)

- Nessun componente del nucleo familiare è assegnatario di sostegno pubblico (REI, RDC, e altri strumenti di sostegno al reddito quali NASPI, SID- collaboratori. GICO ordinaria, CIGS straordinaria e CIG in deroga, Bonus “ Cura Italia”);
- che all’interno del proprio nucleo familiare si è percettori della seguente tipologia di prestazione\_\_\_\_\_ per un importo mensile complessivo di €\_\_\_\_\_
- aver perso capacità reddituale per i seguenti motivi:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- di essere nella condizione di povertà al di sotto dell’indice ISTAT pari ad €. 564,00;
- disoccupati di lunga durata;
- persone in carico ai servizi sociali che si trovano in situazione di difficoltà economica;
- persone con eventuali condizioni disagiate gravi e documentabili:  
\_\_\_\_\_;
- che all’interno del proprio nucleo familiare si è percettori di Reddito di Cittadinanza per un importo mensile complessivo di €\_\_\_\_\_;
- che all’interno del proprio nucleo familiare non si è beneficiari di alcun genere di prestazione **pensionistica** (tra cui indennità di invalidità e/o redditi esenti vari);
- che all’interno del proprio nucleo familiare si è beneficiari della seguente tipologia di prestazione pensionistica per un importo complessivo mensile di €\_\_\_\_\_;
- che all’interno del proprio nucleo familiare si è percettori della seguente tipologia di prestazione\_\_\_\_\_ per un importo mensile complessivo di €\_\_\_\_\_;
- che all’interno del proprio nucleo familiare si è percettori/aventi diritto di altre misure previste dal Decreto “CURA ITALIA” e seguenti (BONUS €. 600,00 per lavoratori autonomi/ partite IVA/ liberi professionisti/ lavoratori stagionali/ collaboratori/ braccianti agricoli/ CIG);

5. (barrare la casella che interessa)

- che all’interno del proprio nucleo familiare non sono presenti altri redditi da lavoro dipendente/autonomo;
- oppure**
- che all’interno del proprio nucleo familiare, n°\_\_\_\_\_ componenti percepiscono altri redditi da lavoro dipendente/autonomo e precisamente della seguente tipologia\_\_\_\_\_ per un importo mensile complessivo di € \_\_\_\_\_;

6. (barrare la casella che interessa)

che all'interno del proprio nucleo familiare sui rispettivi C/C postali e bancari è presente una liquidità, rientrante nelle seguenti fasce di importo:

- da €. 0,00 ad €. 1.000,00
- da €. 1.001,00 ad €.2.000,00
- da €. 2.001,00 ad €. 3.000,00
- da €. 3.001,00 ad €. 4.000,00
- da €.4.001,00 ad €.5.000,00
- da €. 5.001,00 in poi

7. (barrare la casella che interessa)

Di dover sostenere le spese di locazione:

- NO
- SI, per un valore €. \_\_\_\_\_ mensili

### CHIEDE

L'erogazione dei "Buoni Spesa" per l'acquisto di generi alimentari e prodotti di prima necessità destinati ai nuclei familiari più esposti agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19, ai sensi del ODPCM n. 658 del 29.03.2020.

Allega copia di un documento valido di riconoscimento.

Cinquefrondi \_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_

### Informativa privacy per il trattamento dei dati personali:

*Ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata, a tutela della vostra riservatezza e dei vostri diritti.*

### Informativa sui controlli:

L'Amministrazione Comunale si riserva di verificare la veridicità delle informazioni rese e procederà a revocare il beneficio concesso in caso di dichiarazione mendace, falsità in atti o uso di atti falsi.

Ai sensi dell'art.71 del D.P.R. n.445/2000, l'Amministrazione procederà ad idonei controlli, anche avvalendosi della collaborazione della Guardia di Finanza, al fine di accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e della documentazione presentata dai richiedenti.

Ferme restando le sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. innanzi citato e, qualora dal controllo emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese, il dichiarante decadrà dal beneficio conseguito e sarà tenuto a restituire quanto illecitamente ricevuto.