**Al Sindaco del Comune di Caltagirone**

**SEDE**

**PEC:** [**protocollo.caltagirone@pec.it**](mailto:protocollo.caltagirone@pec.it)

**MAIL: ufficio-spedizione@comune.caltagirone.ct.it**

**Oggetto: Ordinanza n. 658 del 29/03/2020 – EMERGENZA SANITARIA LEGATA AL DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19 – MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARE. Domanda Assegnazione buono spesa**

Il/la Sottoscritto/a

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

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_civ.\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO quanto disposto dall’Ordinanza n. 658 del 29/03/2020 in relazione alle misure urgenti di solidarietà alimentare;

### Visti i provvedimenti in merito della Regione Siciliana;

### Vista la Delibera di Giunta Municipale n. 40 del 31.03.2020;

CHIEDE di essere ammesso al beneficio delle misure ivi previste (buono spesa).

**A tal uopo, consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R 28/12/2000, n. 445**

**DICHIARA**

**che il proprio nucleo familiare risulta così composto**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **Nome** | **Cognome** |  | **Luogo di Nascita** | **Data di** | **Parentela** |
|  | **Nascita** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  | **Dichiarante** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Di trovarsi in una delle seguenti condizioni ( requisiti di accesso ):**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Stato di disoccupazione di tutti i componenti del nucleo familiare in età lavorativa e ISEE inferiore a € 6.000,00 |
|  | Stato di disagio economico derivante dagli effetti delle misure connesse all’epidemia da COVID 19, |
|  | Assenza di redditi (pensioni, indennità, ecc…) pari ad un introito mensile superiore a 400 Euro dei componenti del nucleo familiare |
|  | Fruizione del reddito di cittadinanza di un importo pari o inferiore a 400 Euro mensili (la soglia si aumenterà di 100 Euro per ogni figlio presente nel nucleo familiare) |

**Di trovarsi altresì in una delle seguenti condizioni ( requisiti di priorità ):**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pagamento canone di locazione per abitazione e/o per attività economica |
|  | Presenza di familiari con patologie che richiedono spese mediche (prescrivibili e non) superiori a 50 Euro mensili |
|  | Pagamento mutuo per acquisto casa |
|  | Pagamento mutuo per svolgimento attività economica |
|  | Pagamento assegno di mantenimento per separati |
|  | Nucleo monoparentale che non percepisce assegno di mantenimento |

* Che le entrate a qualsiasi titolo percepite da tutti i membri del nucleo familiare sono pari a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Che i valori mobiliari immediatamente smobilizzabili sono pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Che nessun componente del proprio nucleo familiare si trova nelle condizioni previste dal DPCM nr. 18 del 17 marzo 2020 denominato Decreto Cura Italia pubblicato nella G.U. nr 70/2020 (**titolare di Partite IVA e/o fruitore della Cassa Integrazione in deroga).**

**Di essere a conoscenza che l’ Amministrazione Comunale procederà, anche con modalità a campione, ai controlli sulle dichiarazioni reddituali e sulle autodichiarazioni prodotte con la presente Domanda/Dichiarazione e qualora dai controlli, dovessero emergere abusi o false dichiarazioni, fatta salva l’attivazione delle procedure di legge per perseguire il mendacio, sarà disposta la revoca dei benefici concessi.**

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

**Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Si allega fotocopia della carta d’identità in corso di validità**

**Firma leggibile**

**Autorizzo il trattamento dei miei 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).**

**Firma leggibile**

**Parte riservata al Servizio Sociale**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**