**Al Comune di Veglie**

**Al responsabile Settore affari legali e sevizi alla persona**

**Servizio politiche sociali**

OGGETTO: Richiesta concessione **BUONI SPESA** - Emergenza Covid-19

|  |
| --- |
| Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e **residente nel Comune di Veglie**, alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Domicilio *(se diverso dalla residenza*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. (casa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cell.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**CHIEDE**

la concessione del beneficio **BUONI SPESA EMERGENZA COVID-19**

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace, formazione o uso di atti falsi e della decadenza dai benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere,

**DICHIARA**

* **che nessun componente del proprio nucleo familiare ha presentato analoga domanda presso il Comune di Veglie;**
* che il proprio nucleo familiare (come da stato di famiglia) è composto nel seguente modo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | Data e  luogo di nascita | Rapporti  con il richiedente | SITUAZIONE  OCCUPAZIONALE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**DICHIARA,** inoltre

*(crociare l’opzione corrispondente alla propria condizione)*

⎕che nessun componente del nucleo familiare (come da stato di famiglia) beneficia di alcun reddito e/o di alcuna misura di sostegno o ammortizzatori sociali (RdC, REI, mobilità,Cig NASPI, ASDI, o di altro ammortizzatore sociale con riferimento agli strumenti di sostegno al reddito ed altre provvidenze economiche (pensioni , indennità , leggi speciali) ;

⎕che a causa dell'emergenza sanitaria e delle misure restrittive di contrasto, il sottoscritto e/o altro componente della famiglia ha dovuto interrompere/sospendere la propria attività ( titolare/dipendente…) e si trova in stato di bisogno non avendo liquidità sufficiente per il proprio sostentamento;

⎕che le disponibilità finanziarie di immediata liquidità (saldo conto corrente bancario/postale oppure depositi/titoli/ecc.) di tutto il nucleo familiare non sono assolutamente sufficienti a consentire di superare il grave disagio economico dovuto all’emergenza da Covid 19;

⎕che la propria situazione di grave disagio economico e del suo nucleo familiare, conseguente all’attuale emergenza da Covid 19, deriva comunque da

*Descrivere :*

⎕che il sottoscritto o altro componente del nucleo familiare non beneficiano di reddito e/o forme di sostegno pubblico di importo superiore a 500 €/mese

***Oppure***

* che il sottoscritto o altro componente del nucleo familiare fruiscono delle seguenti forme di sostegno pubblico (\*):

*(Indicare beneficiario, tipologia di beneficio pubblico e somma mensile fruita*

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

* che nessun componente del nucleo familiare ha inoltrato richiesta per fruire di forme di sostegno pubblico a seguito della sospensione del rapporto di lavoro causata dall’attuale emergenza epidemiologica

***oppure***

* che il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_o il componente del nucleo familiare sig.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ha inoltrato richiesta per fruire di forme di sostegno pubblico a seguito della sospensione del rapporto di lavoro causata dall’attuale emergenza epidemiologica ed è in attesa di riscontro;

**DICHIARA ancora**

* di accettare tutte le condizioni individuate dal Comune di Veglie che consentiranno l’accesso al beneficio;
* di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni a quanto ivi dichiarato;

**DICHIARA,** infine

- di essere a conoscenza del fatto che il Comune di Veglie potrà effettuare controlli a campione per la verifica delle autocertificazioni presentate e, nei casi di rilascio di dichiarazioni false rilasciate al fine di ottenere indebitamente il beneficio di che trattasi, il richiedente decadrà immediatamente dal beneficio concessogli e potrà incorrere nelle sanzioni del codice penale e dalle leggi specifiche in materia;

- di essere informato/a che, ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati UE 2016/679 e, in ossequio alla normativa vigente, i dati forniti saranno trattati dal Comune di Veglie esclusivamente nell’ambito della presente procedura e saranno oggetto di trattamento mediante strumenti, anche informatici, idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, limitatamente e per il tempo necessario agli adempimenti relativi all’istanza.

Veglie , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**N.B. Allegare documento di identità in corso di validità**