

**Al Comune di Monte Santa Maria Tiberina**  
**Ufficio Servizi Sociali**  
**Via Santa Croce, 12**  
**PEC: comune.montesantamariatiberina@postacert.umbria.it**

**Oggetto: Assegnazione di buoni spesa a favore di persone e/o famiglie in condizione di disagio economico e sociale causato dalla situazione emergenziale in atto, provocata dalla diffusione di agenti virali trasmissibili (COVID -19) - II° Avviso pubblico**

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

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

residente in Monte Santa Maria Tiberina in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Facente parte del nucleo familiare composto da n. \_\_\_\_\_ persone,

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

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter usufruire del sostegno economico di solidarietà alimentare nell'ambito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 consistente in buoni spesa da utilizzare presso gli esercizi commerciali convenzionati con l'Ente.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 47 del DPR. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 per i casi di dichiarazioni non veritieri, di formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA**

- che il proprio nucleo familiare è esposto agli effetti economici derivanti dell'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e che il proprio nucleo familiare si trova in stato di bisogno per soddisfare le necessità più urgenti ed essenziali.

- di non avere, alla data di pubblicazione del II° Avviso pubblico , giacenze bancarie e/o postali superiori a € 15.000,00;
- di non essere già assegnatario di sostegno pubblico (reddito di cittadinanza, Rei, cassa integrazione, indennità di disoccupazione, altro);
- di essere assegnatario di sostegno pubblico per un importo di € \_\_\_\_\_ mensili;
- di non essere già stato beneficiario dei buoni spesa col precedente avviso
- di essere già stato beneficiario dei buoni spesa col precedente avviso per un importo di Euro ....
- che il proprio nucleo familiare si trova in una delle seguenti condizioni:
  - Nuclei familiari monoredito che a seguito dell'emergenza in corso siano privi di reddito per perdita del lavoro (es. Contratti a tempo determinato non prorogati) o in attesa di cassa integrazione/disoccupazione non ancora erogata;
  - Nuclei familiari con figli con lavoratore monoredito in cassa integrazione/disoccupazione;
  - Nuclei familiari con figli con lavoratori con Partita iva e altre categorie riconducibili alle attività sospese (codici ATECO 2007 DPCM 22 marzo 2020 e DPCM 25 marzo 2020);
  - Presenza nel nucleo familiare di disabilità permanenti associate a disagio economico;
  - Altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- di allegare copia della carta d'identità rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_
- di prendere atto che il Comune si riserva la facoltà di assegnare i buoni spesa in base al numero delle richieste pervenute.
- di essere consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiero e di falsità negli atti è prevista la decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

In caso di concessione del beneficio, comunicherò con successiva e-mail:

- gli esercizi commerciali tra quelli che hanno aderito all'iniziativa con sede più vicina alla mia abitazione, presso cui effettuare gli acquisti ( massimo 2 esercizi );
- il nominativo del familiare o del delegato incaricato ad effettuare la spesa.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 informativa sulla privacy e 2003, n. 196 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante  
(leggibile e per esteso)