

Modulo di domanda
“Buoni spesa” Comune di IRSINA

Al Comune di IRSINA

Servizio Sociale Comunale

Mail: comune.irsina@comune.irsina.mt.it

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

Nato a _____ il _____

Residente a IRSINA in Via/Piazza _____ n. _____

numero telefono cellulare _____ (obbligatorio, anche se non personale del dichiarante)

e-mail _____@_____ (obbligatoria, anche se non personale del dichiarante)

PEC _____@_____ (non obbligatoria)

Facente parte del nucleo familiare composto, in aggiunta al dichiarante, da:

nr.	COGNOME E NOME	Luogo di nascita	Data di nascita
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

CHIEDE

- di partecipare all'assegnazione dei “buoni spesa” per sè stesso e per il proprio nucleo familiare come sopra indicato.

EMERGENZA COVID-19

A tal fine, DICHIARA ED AUTOCERTIFICA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci incorrerà nelle pene stabilite dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, nonché delle sanzioni penali previste dall'art. 76 d.p.r. 445/2000, delle conseguenze previste dall'art. 75 del medesimo decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, e delle conseguenze amministrative di cui alla normativa vigente in materia

a) Di essere residente nel Comune di Irsina, all'indirizzo sopra indicato.

(eventuale, da compilare solo se ricorre il caso di cittadino straniero di uno Stato dell'Unione Europea)

b) Di essere cittadino di uno Stato dell'Unione Europea _____ (indicare) e di essere in possesso del documento di regolarità di soggiorno in corso di validità _____ (indicare).

(eventuale, da compilare contrassegnando con una X il caso di interesse, solo se ricorre il caso di cittadino straniero di un Paese non appartenente all'Unione Europea)

c) Di essere cittadino di un Paese non appartenente all'Unione Europea _____ (indicare)
e

[] di essere in possesso della carta di soggiorno ovvero del permesso di soggiorno rilasciati ai sensi di legge, in corso di validità _____ (indicare),

oppure, in alternativa

[] di aver presentato domanda di rinnovo, con riserva di produzione del permesso ad avvenuto rilascio.

d) Che il proprio nucleo familiare si trova in condizione di disagio conseguente alla attuale emergenza, in quanto *(contrassegnare con una x il caso di interesse – ATTENZIONE: la dichiarazione si riferisce a tutti i componenti del nucleo familiare)*

[] è attualmente privo di fonti di reddito e di sostentamento per la seguente motivazione

EMERGENZA COVID-19

oppure, in alternativa

[] ha attualmente fonti di reddito e di sostentamento insufficienti per la seguente motivazione

*(**ndr** Le motivazioni della mancanza o insufficienza delle fonti di reddito e di sostentamento, a mero titolo esemplificativo, possono consistere: nell'aver subito una perdita di entrate reddituali in conseguenza della cessazione obbligatoria dell'attività produttiva di ogni genere in base ai DPCM ed alle altre disposizioni di contrasto alla diffusione del coronavirus, o in conseguenza di licenziamento a causa della chiusura o della limitazione delle attività predette; per altra causa che abbia comunque determinato la perdita delle ordinarie entrate reddituali del nucleo familiare in conseguenza della condizione neutralizzante dell'aggressione epidemiologica Covid-19; per altra motivazione da indicare.)*

e) Che il proprio nucleo familiare (**contrassegnare con una x il caso di interesse – ATTENZIONE: la dichiarazione si riferisce a tutti i componenti del nucleo familiare**)

[] è attualmente assegnatario del seguente sostegno pubblico (per esempio: stipendi, pensioni, pensione sociale, pensione di inabilità, indennità di accompagnamento disabili, RdC, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento, altre forme di indennità connesse all'emergenza coronavirus, ecc.)

specificare la tipologia del sostegno, il componente del nucleo familiare percettore, l'importo su base mese:

a) _____

[] non è attualmente assegnatario di alcuna forma di sostegno pubblico.

(eventuale, compilare se ricorre il caso di nucleo familiare con 1 o più componenti con disabilità certificata)

f) Che nel proprio nucleo familiare è/sono presente/i componente/i portatore/i di disabilità certificata ex Legge n. 104/1992:

indicare nominativo/i, data e luogo di nascita _____

EMERGENZA COVID-19

(eventuale, compilare se ricorre il caso di nucleo familiare con 1 o più componenti affetti da grave patologie)

g) Che nel proprio nucleo familiare è/sono presente/i componente/i affetti da gravi patologie (patologie oncologiche, dipendenza patologica, disturbi psichici, tutti rigorosamente certificati dal medico di medicina generale o dalle ASL);

indicare nominativo/i, data e luogo di nascita _____

(eventuale, compilare se ricorre il caso, contrassegnando con una x il caso di interesse)

h) Che l'alloggio in cui vive il proprio nucleo familiare:

è in proprietà e che per esso non corrisponde alcuna rata di mutuo

è in proprietà e che per esso corrisponde una rata mensile di mutuo di € _____

è in locazione e che per esso corrisponde un canone mensile di € _____.

Luogo e data _____

IN FEDE

* IL DICHIARANTE

(firma)

La presente domanda deve essere indirizzata al Comune di Irsina – Ufficio Sociale Comunale – C.so Canio Musacchio, s.n.c., a mezzo mail, all'indirizzo comune.irsina@comune.irsina.mt.it del sito istituzionale dell'Ente www.comune.irsina.mt.it

La domanda dovrà essere firmata dal richiedente, scannerizzata ed accompagnata da copia del documento di identità in corso di validità.

In casi eccezionali, ove il richiedente non potesse trasmettere l'istanza a mezzo mail, è consentito presentare la stessa, in forma cartacea. L'istanza, debitamente compilata, sottoscritta e corredata da copia del documento di identità in corso di validità, sarà racchiusa in busta chiusa con sopra riportato il cognome e il nome del richiedente e la dicitura "Domanda per l'assegnazione dei buoni spesa", e sarà depositata nell'apposita scatola ubicata nell'atrio di accesso all'Ufficio di Polizia Municipale previa intesa telefonica con il Servizio Protocollo Tel. 0835-628724 (per evitare contatti ravvicinati).

Il Comune, nell'ipotesi di mancata ricezione della domanda, non assume alcuna responsabilità correlata ad eventuali disguidi, cause tecniche, o ad altre cause non imputabili allo stesso Comune.

EMERGENZA COVID-19

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a _____, in forza del combinato disposto del GDPR (Reg. UE 2016/679, in vigore dal 25.05.18) e del Decreto Legislativo n. 51/2018 e del Decreto Legislativo n. 196 del 30.06.2003 (Codice della privacy), con la presente autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti in questo documento. Confermo, altresì, di essere informato/a dell'esistenza del diritto di revocare il consenso ai sensi dell'art. 7 del citato Regolamento.

IN FEDE

Luogo e data _____

IL DICHIARANTE

(firma)

La presente dichiarazione va presentata unitamente a copia fotostatica di un valido documento di identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000.

SPAZIO RISERVATO AL SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE

Visto l'Avviso Pubblico;

Esaminata l'istanza;

Effettuata l'istruttoria,

l'istante Sig. _____, nato a _____ il _____

viene ammesso al beneficio del buono spesa per l'importo di €. _____

viene escluso dal beneficio per i seguenti motivi: _____

Lì _____

FIRMA
