

Oggetto : EMERGENZA SANITARIA EPIDEMIOLOGICA CAUSATA DA COVID-19 - MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE AI SENSI DELL'ART. 2 DEL 23.11.2020, D. L. n. 154 - AVVISO PUBBLICO PER LA CONCESSIONE DI BUONI SPESA PER GENERI ALIMENTARI E PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA'.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

- ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 E 47 DPR 287/12/2000, n. 445 -

Il/la sottoscritto/a (nome) (cognome)
.....

nato/a a..... prov..... il/...../..... Codice fiscale..

.....

tel. fisso.....cell..... e-mail

.....

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA PERSONALE RESPONSABILITÀ

- di essere a conoscenza delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art. 76, d.P.R. 445/2000) e, in particolare, di essere consapevole che le mendaci dichiarazioni, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, oltre a comportare la decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000), costituiscono reato punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 D.P.R. 445/2000)

- di essere (scegliere tra A) e B) e compilare accuratamente la voce d'interesse):

A) residente nel Comune di Sant'Agata Bolognese (BO) in via.....
.....n.

(oppure)

B) domiciliato nel Comune di Sant'Agata Bolognese in via.....n.
....., ma residente nel Comune di prov.
..... in via..... n.

- di NON aver richiesto identico beneficio ad altro Comune d'Italia,

- di avere diritto al buono spesa destinato ai nuclei nuclei familiari più esposti agli effetti economici derivanti dall'emergenza sanitaria epidemiologica causata dal Covid-19;

- che il proprio nucleo familiare è così composto:

N.	COGNOME	NOME	data di nascita
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

CHIEDE

- di partecipare all'assegnazione dei "BUONI SPESA" ai sensi del D.L. 154/2020 e dell'Ordinanza della protezione civile n.658/2020 per se stesso e per il proprio nucleo familiare e a tal fine ;

DICHIARA E AUTOCERTIFICA

1) che a causa dell'emergenza sanitaria causata dal Covid-19 i componenti del nucleo sopra individuato hanno subito i seguenti effetti economici negativi anche temporanei:

- perdita o riduzione del lavoro (licenziamento, mancato rinnovo di contratto a tempo determinato, riduzione delle ore lavorative) senza attivazione di ammortizzatori sociali ovvero con ammortizzatori insufficienti in relazione al fabbisogno familiare (indicare nominativo e sede legale del datore di lavoro) _____ ;
- chiusura, riduzione o sospensione temporanea dell'attività con partita IVA rientranti nei codici ATECO delle attività professionali, commerciali, produttive, artigianali non consentite dal DPCM 22/3/2020 e successive integrazioni (indicare denominazione, sede legale e codice ateco dell'impresa individuale o attività libero professionale _____ ;
- impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali/stagionali o intermittenti a causa dell'obbligo di permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria o per effetto della diminuzione dell'offerta di lavoro.

2) che (scegliere tra A) e B) e compilare accuratamente la voce di interesse):

- A) le entrate da contributo o altra forma di sostegno pubblico (ad es. reddito di cittadinanza, reddito di inclusione, assegno di disoccupazione) a nome proprio e di altro componente del nucleo familiare riferite al mese di dicembre 2020 sono le seguenti:

Sig. _____ per un importo mensile pari ad € _____

Sig. _____ per un importo mensile pari ad € _____

Sig. _____ per un importo mensile pari ad € _____

Sig. _____ per un importo mensile pari ad € _____

OPPURE

- B) nessun componente del nucleo familiare ha percepito un contributo o altra forma di sostegno pubblico riferito al mese di dicembre 2020;

3) che (scegliere tra A) e B) e compilare accuratamente la voce di interesse):

- A) le entrate da lavoro o altra forma di reddito a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare riferite al mese di dicembre 2020 sono le seguenti:

Sig. _____ per un importo mensile pari ad € _____

Sig. _____ per un importo mensile pari ad € _____

Sig. _____ per un importo mensile pari ad € _____

OPPURE

- B) nessun componente del nucleo familiare ha percepito entrate da lavoro o altra forma di reddito riferite al mese di dicembre 2020.

4) che le spese di locazione sostenute dal nucleo familiare riferite al mese di dicembre 2020 sono state pari all'importo di € _____ ;

5) che le spese per il mutuo della prima casa, non sospeso (Decreto Cura Italia) sostenute dal nucleo

familiare riferite al mese di dicembre 2020 sono state pari all'importo di € _____;

6) di non avere attualmente altre forme di reddito o di rendita o di averle in misura insufficiente rispetto al complessivo fabbisogno del proprio nucleo familiare.

N.B. Verrà data priorità nell'assegnazione del Buono Spesa a coloro che non sono assegnatari di altri sostegni pubblici

CHIEDE

- ai fini dell'emissione dei buoni spesa da utilizzare presso gli esercizi commerciali contenuti in apposito elenco pubblicato sul sito istituzionale del Comune di Sant'Agata Bolognese, di scegliere i seguenti esercizi:

esercizio.....

esercizio.....

esercizio

- dichiara di essere a conoscenza che tali buoni sono spendibili **entro il 31 MAGGIO 2021** ed esclusivamente per l'acquisto di generi alimentari e/o prodotti di prima necessità quali:

- prodotti alimentari, con esclusione delle bevande alcoliche;
- prodotti per l'igiene personale e per la pulizia della casa, con esclusione dei cosmetici;
- prodotti igienici ed alimenti per bambini e neonati;
- para-farmaceutici, farmaci e medicinali;

da utilizzarsi presso gli esercizi commerciali inseriti nell'elenco pubblicato sul sito istituzionale del Comune.

DICHIARA INFINE

- di essere consapevole che l'accoglimento della presente istanza è subordinato all'esame della stessa da parte del Servizio Sociale Territoriale (SST) che ne potrà valutare anche il regetto;
- che nessun componente del nucleo familiare abbia presentato altra istanza in altro Comune d'Italia;
- **di essere a conoscenza che saranno eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità e/o attendibilità di quanto dichiarato;**
- di essere a conoscenza che il contributo, sotto forma di buoni spesa, sarà erogato agli aventi diritto dando priorità alle domande dei nuclei familiari privi di reddito ed in subordine ai nuclei familiari con reddito insufficiente, ovvero con ridotta ed insufficiente capacità economica, e fino ad esaurimento dei fondi disponibili riferiti al Comune di propria residenza/domicilio.

Data _____

FIRMA (*) X _____

(*) il dichiarante deve allegare alla presente domanda/dichiarazione la **fotocopia fronte/retro di un proprio documento di riconoscimento in corso di validità.**

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679 / 2016 e di conoscere i propri diritti.

Data _____

FIRMA X _____