AL COMUNE DI VERNASCA

MAIL [sociale.vernasca@sintranet.it](mailto:sociale.vernasca@sintranet.it)

**Domanda per “buoni spesa” riferiti all’emergenza covid-19 ai sensi dell’OCDPC 29 marzo 2020 n. 658**

Io sottoscritto/a ……………………………………………………………… nato/a a .…………………………….………… il …………………….. residente a Vernasca via/loc. …………………………………………………………….……………………………………………………………………… nr. …..….… C.F. …………………………………………………………………………………………….. identificato a mezzo di ………………………………………. n°……………………………... rilasciaato da……………………………. Con scadenza il ………………………………. Telefono …………………………………………… mail …………………………………….………………………………………..

*consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, dichiara sotto la propria responsabilità*

**CHIEDE**

l’assegnazione dei “buoni spesa”, previsti da codesta Amministrazione, ai sensi dell’ordinanza della protezione civile n. 658/2020, per se stesso e per il proprio nucleo familiare.

A tale scopo

**DICHIARA ED AUTOCERTIFICA**

la propria condizione di disagio conseguente alla attuale emergenza Covid-19 e più precisamente di trovarsi nelle seguenti condizioni:

**SITUAZIONE FAMILIARE:**

* Che il nucleo familiare, compreso il dichiarante, è così composto:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *nr.* | *cognome e nome* | *luogo di nascita* | *data nascita* | *rapporto parentela* | *Situazione lavorativa* |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

* Che nel nucleo familiare sono presenti persone con Handicap ai sensi della L. 104/92, oppure titolari di Invalidità Civile, o persone non autosufficienti;

**SITUAZIONE LAVORATIVA:**

□ Lavoratore con contratto di lavoro a tempo determinato, con contratto scaduto nel primo trimestre 2020 e non rinnovato, purché non avente diritto a indennità di disoccupazione;

□ Nucleo familiare monoreddito il cui titolare ha richiesto trattamento di sostegno al reddito o il datore di lavoro ha richiesto ammissione al trattamento di sostegno del reddito, ai sensi del D.L. 18/2020, o il datore di lavoro abbia sospeso e/o ridotto l’orario di lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore nel primo trimestre 2020;

□ Lavoratore autonomo, artigiano, libero professionista, che ha subito la chiusura della propria attività o una riduzione significativa del fatturato a seguito dell’emergenza sanitaria in atto, con reddito inferiore ad € 15.000 in base all’ultima dichiarazione dei redditi che non abbia già percepito il bonus di € 600,00 previsto dal D.L. 18/2020;

□ Persona attualmente inoccupata e priva di risorse economiche tali da poter garantire a sè ed al proprio nucleo familiare il necessario sostentamento, situazione aggravatasi in ragione dell’attuale emergenza sanitaria (es. sospensione tirocini formativi, sospensione interventi di risocializzazione lavorativa…)

□ Altro …………………………………………………………………………………………..

**SITUAZIONE ECONOMICA:**

* di non disporre di un reddito mensile
* di essere in possesso di un attestazione ISEE con scadenza il ………………………………….. del valore di € …………………………….
* di disporre di un reddito complessivo mensile del nucleo familiare, pari ad € ………………………….…..
* di disporre di un valore mobiliare (risparmi) dell’intero nucleo familiare alla data del 31.03.2020 pari ad € ………….……………. con c/c presso la Banca di ……………………………………….
* di disporre di un valore mobiliare (risparmi) dell’intero nucleo familiare alla data del 31.03.2020 pari ad € ……………………. con c/c presso Poste Italiane di …………………………….…….
* di non disporre di c/c bancari o postali

□ di disporre di un assegno di mantenimento (in caso di separazione) pari ad € ………….………..

□ che l’assegno di mantenimento (in caso di separazione) non viene erogato per problematiche economiche connesse al COVID-19 (allegare autocertificazione dell’ex coniuge)

* che nessuno dei componenti il nucleo familiare percepisce misure pubbliche di sostegno al reddito;

ovvero

* che i componenti del nucleo familiare fruiscono delle seguenti forme di sostegno pubblico (citare il valore mensile dell’importo):

a. Reddito di Cittadinanza/ Reddito di Inclusione pari ad € …………………….

b. Contributo affitto pari ad € …………………

c. Contributo economico erogato negli ultimi 30gg pari ad € ………………

d. Disoccupazione pari ad € ……….……….

e. Cassa integrazione ordinaria/straordinaria pari ad € ……………………

f. assegno mensile previsto ai sensi del D.L. n. 18 del 17/03/2020 pari ad € …………

g. bonus per lavoratori autonomi previsto dal D.L. 18/2020 (domanda presentata il …………………………...)

h. altro: ……………………………………………………………………………………………………………………….

**SITUAZIONE ABITATIVA:**

* Abitazione di proprietà;
* Comodato d’uso gratuito;
* Affitto di € ………………………………. Mensili

**SI IMPEGNA**

A tenere a disposizione, per successivi controlli, la documentazione attestante quanto finora dichiarato che potrà essere richiesta, in qualsiasi momento, al termine dell’emergenza, dal Comune di Vernasca. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. 445/2000).

*Si impegna qualora, successivamente alla sottoscrizione della presente domanda, le condizioni dichiarate dovessero subire variazioni, a comunicare tempestivamente tali cambiamenti al Servizio Sociale del Comune di Vernasca.*

**DICHIARA INOLTRE**

Di aver preso visione di quanto indicato nel presente modulo e di accettarlo in tutte le sue parti

Di essere informato, ai sensi e per effetti di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di Tutela della Privacy

Di autorizzare il Comune di Vernasca al trattamento dei dati personali e sanitari conferiti ai fini del presente procedimento ed in particolare la conservazione e la trasmissione a figure professionali ed enti coinvolti nelle procedure previste per le azioni richieste

Di aver preso visione dell’informativa relativa al trattamento dei dati personali e sanitari

L’autorizzazione al trattamento dei dati personali e sanitari è obbligatoria per il conseguimento dell’intervento richiesto.

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

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

Si allega:

* Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante(\*).

**ISTRUZIONI:**

La presentazione della domanda potrà avvenire inviando la richiesta (anche senza stamparla e sottoscriverla) per e-mail all'indirizzo [sociale.vernasca@sintranet.it](mailto:sociale.vernasca@sintranet.it) oppure è possibile consegnarla in formato cartaceo presso l’Ufficio servizi Sociali del Comune dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 13.00

Se si ritiene di aver bisogno di chiarimenti o di un aiuto alla compilazione  del modulo è possibile chiamare l’Assistente Sociale Clarissa Concarini ai seguenti numeri telefonici : 0523-891225 interno 3 oppure 329-7503772