

OGGETTO: Richiesta Buoni Spesa Emergenza Covid-19- SOSTEGNI BIS

Il sottoscritto

(NOME) * _____

(COGNOME) * _____

nato a* _____ (___),

residente in* _____ (___)

alla Via/C.so./Piazza_* _____ n. (___),

Codice Fiscale*

mail _____

telefono*

in attuazione del D.L. 23 novembre 2020, n.154 (cd Decreto RISTORI TER)

CHIEDE

di essere ammesso alla misura di cui all' AVVISO PUBBLICO PER LA EROGAZIONE DI BUONI SPESA IN FAVORE DI CITTADINI COLPITI DALLA SITUAZIONE ECONOMICA DETERMINATASI PER EFFETTO DELL'EMERGENZA COVID-19

A tal fine, ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 dello stesso decreto in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del DPR 445/2000),

DICHIARA

- Che il proprio nucleo familiare (come risulta dallo STATO DI FAMIGLIA) risulta così composto: *

N.	NOME	COGNOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	PARENTELA
1					Dichiarante
2					
3					
4					
5					
6					
7					

-
- Lo stato di necessità è dovuto*

Sospensione dell'attività **autonoma** commerciale/artigianale/industriale
(**specificare il tipo di attività:** _____);

Sospensione/perdita del rapporto di lavoro subordinato
(**specificare il tipo di attività:** _____);

Altro (es. motivo di salute)
(**specificare il motivo** _____);

-
- Che le disponibilità finanziarie (saldo bancario/postale) di tutto il nucleo familiare – alla data di sottoscrizione della presente – sono comprese tra le seguenti fasce:*

<input type="checkbox"/>	Euro 0,00 ed Euro 1.500,00
<input type="checkbox"/>	Euro 1.500,01 ed Euro 3.000,00

-
- Che la residenza del nucleo familiare è rappresentata da immobile:*

IN AFFITTO DA PRIVATO;

IN AFFITTO ERP;

DI PROPRIETA';

-
- Che Nei mesi di Marzo e Aprile 2021 l'intero nucleo ha percepito redditi per complessivi €* _____

- Che il nucleo beneficia di*

<input type="checkbox"/>	REDDITO DI CITTADINANZA – VALORE €* _____
<input type="checkbox"/>	REDDITO DI EMERGENZA -VALORE €* _____
<input type="checkbox"/>	REDDITO DI DIGNITA' – VALORE €* _____
<input type="checkbox"/>	PENSIONI – VALORE €* _____
<input type="checkbox"/>	CASSA INTEGRAZIONE – VALORE €* _____
<input type="checkbox"/>	ALTRA FORMA _____ VALORE* € _____
<input type="checkbox"/>	NESSUN SOSTEGNO AL REDDITO

Si allega

- **documento di riconoscimento in corso di validità.**
- **eventuale documentazione a supporto di quanto dichiarato** (es. ISEE, comunicazione CIG, etc...)

ATTENZIONE:

- TUTTI I CAMPI CON * DEVONO ESSERE COMPILATI;
- LA FIRMA APPOSTA AL DOCUMENTO DEVE ESSERE AUTOGRAFA E NON SCANNERIZZATA;
- VERIFICARE CHE IL NUMERO DI TELEFONO SIA CHIARAMENTE VISIBILE PER EVENTUALI COMUNICAZIONI DELL'UFFICIO CHE PUO' ESSERE CONTATTATO alla mail:
 - servizisociali@comune.fragagnano.ta.it

Luogo e data

Firma

Si autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione ai soli fini della evasione dell'istanza, ai sensi del D.Lgs 196/2003 e successivo Regolamento Europeo n. 679/16.

Luogo e data

Firma