

AL SINDACO

COMUNE DI VARAPODIO

Istanza per il riconoscimento della misura di solidarietà alimentare - buoni spesa ex art. 2 D.L. 154/2020

 1 sottoscritt_.....
nat_ a..... il residente
a..... Via.....
tel./cell. e-mail
ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

D I C H I A R A

1 – che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone di seguito elencate:

Nome e cognome	Rapporto di parentela/affinità	Professione
	(coniuge, figlio, suocero)	(lavoratore, studente, disoccupato)
1).....
2).....
3).....
4).....
5).....
6).....
7).....

3 – Le seguenti informazioni relative ai componenti del proprio nucleo familiare (n.b.: le seguenti informazioni dovranno essere dichiarate per ciascun componente il nucleo familiare titolare di fonte di reddito):

1) Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____

Tipologia di lavoro:

autonomo dipendente lavoro saltuario ed occasionale

Reddito mensile percepito in relazione all'attività lavorativa suddetta pari ad € _____

Situazione lavorativa dopo l'emergenza Covid 19:

licenziamento; cassa integrazione; altro

(descrizione) _____

Deposito bancario e/o postale a proprio nome alla data odierna pari ad € _____

Di percepire le seguenti risorse economiche, quali:

pensioni di qualsiasi natura erogate dall'INPS (specificare importo mensile) di € _____;

assegno sociale (specificare importo mensile) di € _____;

indennità di accompagnamento (specificare importo mensile) di € _____;

rendita INAIL (specificare importo mensile) di € _____;

prestazione di assicurazione sociale per l'impiego NASPI pari ad € _____;

assegno di disoccupazione ASDI pari ad € _____;

altri ammortizzatori sociali di sostegno al reddito in caso di disoccupazione involontaria pari ad € _____ (es. Reddito di cittadinanza, disoccupazione agricola, indennità di malattia)

Altre entrate mensili € _____ (da specificare)

Dichiara inoltre di aver percepito, durante il periodo di lockdown e/o nel periodo immediatamente successivo

aiuti erogati dall'INPS per € _____ complessivi

buoni spesa di cui all'OCDPC N. 658 del 29/03/2020 per € _____ complessivi

buoni spesa di cui alla Misura di solidarietà Calabria per € _____ complessivi

2) Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____

Tipologia di lavoro:

autonomo dipendente lavoro saltuario ed occasionale

Reddito mensile percepito in relazione all'attività lavorativa suddetta pari ad € _____

Situazione lavorativa dopo l'emergenza Covid 19:

licenziamento; cassa integrazione; altro

(descrizione) _____

Deposito bancario e/o postale a proprio nome alla data odierna pari ad € _____

Di percepire le seguenti risorse economiche, quali:

pensioni di qualsiasi natura erogate dall'INPS (specificare importo mensile) di € _____;

assegno sociale (specificare importo mensile) di € _____;

indennità di accompagnamento (specificare importo mensile) di € _____;

rendita INAIL (specificare importo mensile) di € _____;

prestazione di assicurazione sociale per l'impiego NASPI pari ad € _____;

assegno di disoccupazione ASDI pari ad € _____;

altri ammortizzatori sociali di sostegno al reddito in caso di disoccupazione involontaria pari ad € _____ (es. Reddito di cittadinanza, disoccupazione agricola, indennità di malattia)

Altre entrate mensili € _____ (da specificare)

Dichiara inoltre di aver percepito, durante il periodo di lockdown e/o nel periodo immediatamente successivo

aiuti erogati dall'INPS per € _____ complessivi

buoni spesa di cui all'OCDPC N. 658 del 29/03/2020 per € _____ complessivi

buoni spesa di cui alla Misura di solidarietà Calabria per € _____ complessivi

3) Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____

Tipologia di lavoro:

autonomo dipendente lavoro saltuario ed occasionale

Reddito mensile percepito in relazione all'attività lavorativa suddetta pari ad € _____

Situazione lavorativa dopo l'emergenza Covid 19:

licenziamento; cassa integrazione; altro

(descrizione) _____

Deposito bancario e/o postale a proprio nome alla data odierna pari ad € _____

Di percepire le seguenti risorse economiche, quali:

pensioni di qualsiasi natura erogate dall'INPS (specificare importo mensile) di € _____;

assegno sociale (specificare importo mensile) di € _____;

indennità di accompagnamento (specificare importo mensile) di € _____;

rendita INAIL (specificare importo mensile) di € _____;

prestazione di assicurazione sociale per l'impiego NASPI pari ad € _____;

assegno di disoccupazione ASDI pari ad € _____;

altri ammortizzatori sociali di sostegno al reddito in caso di disoccupazione involontaria pari ad € _____ (es. Reddito di cittadinanza, disoccupazione agricola, indennità di malattia)

Altre entrate mensili € _____ (da specificare)

Dichiara inoltre di aver percepito, durante il periodo di lockdown e/o nel periodo immediatamente successivo

aiuti erogati dall'INPS per € _____ complessivi

buoni spesa di cui all'OCDPC N. 658 del 29/03/2020 per € _____ complessivi

buoni spesa di cui alla Misura di solidarietà Calabria per € _____ complessivi

4) Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____

Tipologia di lavoro:

autonomo dipendente lavoro saltuario ed occasionale

Reddito mensile percepito in relazione all'attività lavorativa suddetta pari ad € _____

Situazione lavorativa dopo l'emergenza Covid 19:

licenziamento; cassa integrazione; altro

(descrizione) _____

Deposito bancario e/o postale a proprio nome alla data odierna pari ad € _____

Di percepire le seguenti risorse economiche, quali:

pensioni di qualsiasi natura erogate dall'INPS (specificare importo mensile) di € _____;

assegno sociale (specificare importo mensile) di € _____;

indennità di accompagnamento (specificare importo mensile) di € _____;

rendita INAIL (specificare importo mensile) di € _____;

prestazione di assicurazione sociale per l'impiego NASPI pari ad € _____;

assegno di disoccupazione ASDI pari ad € _____;

altri ammortizzatori sociali di sostegno al reddito in caso di disoccupazione involontaria pari ad € _____ (es. Reddito di cittadinanza, disoccupazione agricola, indennità di malattia)

Altre entrate mensili € _____ (da specificare)

Dichiara inoltre di aver percepito, durante il periodo di lockdown e/o nel periodo immediatamente successivo

aiuti erogati dall'INPS per € _____ complessivi

buoni spesa di cui all'OCDPC N. 658 del 29/03/2020 per € _____ complessivi

buoni spesa di cui alla Misura di solidarietà Calabria per € _____ complessivi

Per quanto sopra premesso, 1 sottoscritt

CHIEDE

Di essere ammesso agli interventi economici finalizzati all'acquisto di generi alimentari per i seguenti motivi (indicare la motivazione che dovrà essere sottoposta a valutazione ed ogni altra causa idonea a giustificare la richiesta)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SI IMPEGNA

✓ all'utilizzo del buono spesa in conformità all'uso consentito per l'acquisto esclusivamente di generi alimentari e prodotti per l'infanzia secondo le modalità stabilite dall'Avviso pubblicato dal Comune di Varapodio;

Alla presente istanza si allega la seguente documentazione

- Documento di riconoscimento in corso di validità
- Copia codice fiscale o tessera sanitaria
- n. _____ Copia estratto conto bancario o postale alla data del a nome di _____
- Attestazione ISEE in corso di validità (se disponibile)

Varapodio, li.....

firma

Il/la dichiarante autorizza altresì il Comune di Varapodio al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attribuzione del beneficio in oggetto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Reg. EU 2016/679, **nonchè l'eventuale trasmissione degli stessi alle Autorità Competenti al controllo in merito alle dichiarazioni rese sulle condizioni economiche.**

Il dichiarante è informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14 GDPR n° 679/2016 e della normativa nazionale, che dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. È informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del beneficio indicato in oggetto e che un eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.

Luogo e data _____

Firma

Consapevole che le presenti dichiarazioni saranno oggetto di successive verifiche e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.), il/la sottoscritto/a si impegna, infine, a comunicare tempestivamente ogni variazione intervenuta relativamente alle dichiarazioni di cui alla presente istanza ed autorizza il trattamento dei dati personali per le finalità relative al procedimento in oggetto.

Luogo e data _____

Firma