

Richiesta buono spesa solidale – Emergenza Covid 19

Il/La sottoscritto/a

nato/a a

il

residente a **Porto Torres** in Via

Codice Fiscale:

tel./cell.

e mail

CHIEDE

di poter beneficiare dell'intervento economico di cui all'Ordinanza della protezione Civile n.658 del 28/03/2020 volta a contrastare l'emergenza COVID 19, **consistente in "Buoni spesa" per l'acquisto di beni di prima necessità**

A TAL FINE DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, di essere consapevole di quanto previsto dal successivo all'art. 75 in materia di decadenza dai benefici e dall'art. 76 che stabilisce che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti,

che il proprio nucleo familiare si trova in situazione di bisogno a causa dell'emergenza Covid 19 e che i **singoli componenti del proprio nucleo familiare** nel corso del corrente anno 2020, hanno percepito o percepiranno i seguenti **redditi soggetti ad Irpef e/o esenti**:

- | | |
|---|---|
| 1- Redditi soggetti ad Irpef (es. lavoro dipendente e/o autonomo) | € |
| 2- Reddito di Cittadinanza, Pensione di Cittadinanza, Reddito di Emergenza, Cassa Integrazione, NASPI | € |
| 3- ReIS (reddito inclusione sociale regionale) | |
| 4- Pensione Invalidità civile – indennità di frequenza | € |
| 5-Indennità di accompagnamento | € |
| 6- L.R. n. 20/97 – (patologie psichiatriche) | € |
| 7- Altri contributi dal Comune | € |
| 8- Altro (specificare) | € |

DICHIARA, INOLTRE

- ⑩ () Di essere titolare di Partita Iva e di aver sospeso l'attività a seguito dell'emanazione dei provvedimenti restrittivi di cui al DPCM del 12 Marzo 2020;

- ⑩ Di essere dipendente di impresa che ha sospeso la propria attività o che non ha aperto a seguito dell'emergenza COVID- 19;
- ⑩ Di essere lavoratore stagionale attualmente privo di occupazione;
- ⑩ Di essere disoccupato;
- ⑩ che nessun'altro componente del nucleo familiare ha presentato istanza di accesso alle risorse di cui all'ordinanza n. 658 del 29/382020
- ⑩ Altro (specificare)_____

Comunica, infine che il proprio nucleo familiare è così composto

<i>COGNOME</i>	<i>NOME</i>	<i>Età</i>	<i>INDICARE EVENTUALE PERCENTUALE DI INVALIDITÀ'</i>

Porto Torres

Firma

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta o inviata insieme alla fotocopia, non autenticata di un documento di identità del dichiarante, all'ufficio tramite un incaricato, oppure a mezzo posta, mail o pec.

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio (Regolamento GDPR).

Luogo e data

Firma del dichiarante

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.