**AL SINDACO DEL COMUNE DI CAPODIMONTE**

**PIAZZA DELLA ROCCA 4**

**01010 CAPODIMONTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **OGGETTO***:* | **RICHIESTA BUONO SPESA EMERGENZA COVID****(OCDPC N. 658 DEL 29/03/2020)** |

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Paese\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| residente nel Comune di Capodimonte

in Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail – pec\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

che gli/le sia concesso il buono spesa per l’emergenza epidemiologica COVID 19 previsto dalla O.C.D.P.C. n. 658 del 29/03/2020, ed a tal fine, ai sensi dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole di decadere dal beneficio e di incorrere in responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

che il proprio nucleo familiare ha le seguenti caratteristiche: [BARRARE CON UNA X]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BARRARE** | **CRITERI** | **Specificare la sussistenza del requisito ed il numero di componenti rientranti nelle varie casistiche (da compilare a cura dell’istante)**  |
|  | presenza di ultra sessantacinquenni nel nucleo familiare oppure di bambini fino a 6 anni | * ULTRA 65 ENNI n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* MINORI 0 – 6 ANNI n.\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  | portatori di handicap nel nucleo familiare con invalidità riconosciuta oltre 67% escludendo quelle con indennità di accompagnamento | * N.\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  | presenza di soggetti affetti da patologie croniche certificate nel nucleo familiare | * N. \_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  | Numero TOTALE di componenti del nucleo familiare |  N. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Soggetti già assegnatari di sostegno pubblico fino ad 500 euro/mese (cassa integrazione ordinaria e in deroga, stipendi, pensioni, pensioni sociali, pensione di inabilità, reddito di cittadinanza, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento, altre indennità speciali connesse all’emergenza coronavirus ecc.)[[1]](#footnote-1) | SI/NO (barrare e specificare importo e natura del sostegno pubblico ricevuto) * NO
* SI

tipo di sostegno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* di essere residente nel Comune di Capodimonte;
* che la famiglia (compreso il dichiarante), come risulta dallo stato di famiglia anagrafico, è composta da:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Data di nascita** | **Grado di parentela** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* Che il proprio nucleo familiare versa in gravi difficoltà economiche, senza alcun reddito disponibile e alcuna forma di sostentamento reperibile attraverso accumuli bancari o postali;
* che ha preso visione di quanto disposto dalla delibera Giunta Municipale n\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in applicazione delle misure di cui alla O.C.D.P.C. n. 658 del 29/03/2020;
* Di voler spendere il buono spesa assegnato presso gli esercizi commerciali aderenti, di cui all’elenco pubblicato sul sito istituzionale del Comune;
* di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di falsa dichiarazione ai sensi dell’art. 76 del DPR 445/2000 e dell’obbligo di restituzione del contributo indebitamente percepito.

[ ]  Allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Capodimonte, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

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

1. questa tipologia di soggetti viene collocata in graduatoria successivamente a coloro che sono privi di qualsiasi sostegno pubblico, tenendo conto dei criteri di cui alle lettere da a) fino a d) [↑](#footnote-ref-1)