

ALLEGATO B

AI COMUNE DI FRANCAVILLA D'ETE
SERVIZI SOCIO - ASSISTENZIALI
Piazza Vittorio Emanuele II, n. 34

63816 FRANCAVILLA D'ETE (FM)

Modalità di invio:

a mezzo PEC: pecomune.francavilladete@emarche.it

a mezzo mail: info@comunefrancavilladete.it

a mezzo fax: 0734/966131

a mano (solo previo appuntamento e solo in caso di assoluta necessità)

Oggetto: DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEL BONUS ALIMENTARE E BENI DI PRIMA NECESSITÀ A FAVORE DI PERSONE O FAMIGLIE IN CONDIZIONI DI DISAGIO ECONOMICO E SOCIALE CAUSATO DALLA SITUAZIONE EMERGENZIALE IN ATTO, PROVOCATA DALLA DIFFUSIONE DI AGENTI VIRALI TRASMISSIBILI (COVID-19).

Il/la sottoscritto/a nato/a a
prov. il C.F.: residente a
FRANCAVILLA D'ETE, in Via..... n, telefono
....., mail

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000,

CHIEDE

di accedere all'assegnazione del bonus alimentare a favore di persone e/o famiglie *in condizioni di disagio economico e sociale causato dalla situazione emergenziale in atto, provocata dalla diffusione di agenti virali trasmissibili (covid-19)*, di cui all'Ordinanza n. 658 del 29/03/2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile, del D.L. 23 novembre 2020 n.154 e all'Avviso pubblico del Comune di Francavilla d'Ete del 31-12-2020;

A TAL FINE DICHIARA:

(barrare la casella che interessa):

☐ di essere residente nel Comune di Francavilla d'Ete;

- ☐ che il proprio nucleo familiare è monoreddito, derivante da lavoro dipendente, il cui datore di lavoro ha richiesto ammissione al trattamento di sostegno ai sensi del D.L. n.18/2020;
- ☐ che il proprio nucleo familiare è monoreddito, derivante da attività autonoma il cui titolare dell'attività ha richiesto trattamento di sostegno al reddito ai sensi del D.L. n.18/2020;
- ☐ che il proprio nucleo familiare è privo di qualsiasi reddito e/o copertura assistenziale;
- ☐ che il proprio nucleo familiare non dispone di sufficienti fonti di sostentamento reperibili attraverso accumuli bancari o postali ed è quindi impossibilitato, nell'immediato, a far fronte alle necessità di sostentamento del medesimo nucleo familiare (*questa dichiarazione verrà verificata con gli istituti bancari e postali*);
- ☐ titolare di partita Iva con reddito inferiore a 15.000 Euro la cui attività è stata sospesa dall'emergenza COVID-19;
- ☐ titolare di rapporto di lavoro intermittente;
- ☐ che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ (*indicare numero in cifre*) persone compreso il sottoscritto/a;
- ☐ **di percepire (alla data di scadenza del presente bando) altre forme di sostegno pubblico** (cassa integrazione ordinaria e in deroga in essere, stipendi, pensioni, pensioni sociali, pensione di inabilità, reddito di cittadinanza, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento da parte del Comune o di Enti del terzo settore e parrocchie) pari ad euro: (mensile/una tantum);
- ☐ **di non percepire (alla data di scadenza del presente bando) altre forme di sostegno pubblico** (cassa integrazione ordinaria e in deroga in essere, stipendi, pensioni, pensioni sociali, pensione di inabilità, reddito di cittadinanza, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento da parte del Comune o di Enti del terzo settore e parrocchie);
- ☐ che all'interno del proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ minorenni;
- ☐ che all'interno del proprio nucleo familiare sono presenti disabili riconosciuti;
- ☐ che il proprio nucleo familiare risiede in un alloggio in locazione;
- ☐ di avere già ricevuto i buoni spesa presentando domanda nei precedenti avvisi: ☐ SI ☐ NO
- ☐ che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato analoga domanda;
- ☐ Altro:

.....

.....

Dichiara, inoltre:

- giacenza media dei risparmi bancari e postali del nucleo familiare (saranno soggetto a controllo):

EURO

- il datore di lavoro dei componenti familiari:

.....

.....

Con la sottoscrizione della presente istanza, il sottoscritto DICHIARA: di aver preso visione dell'avviso pubblico e di accettarne in modo integrale ed incondizionato tutte le clausole, di essere a conoscenza che il Comune di Francavilla d'Ete verificherà la veridicità delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio rilasciate, di essere a conoscenza che la mancata compilazione in ogni sua parte della presente domanda, comporterà l'esclusione dal beneficio.

Francavilla d'Ete, lì

Firma _____

Il/La sottoscritto/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii. e del Regolamento (UE) 2016/679, è informato/a che i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo. È consapevole che l'informativa completa è disponibile presso la sede dei servizi sociali.

Francavilla d'Ete, lì

Firma _____

(ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO)