**MODULO DI PRESENTAZIONE ISTANZA BUONI SPESA MEDIANTE AUTOCERTIFICAZIONE**

**(ORDINANZA 658/29.03.2020 DELLA PROTEZIONE CIVILE) – ART. 2 DL 154/2020**

**ATTO NOTORIO AI SENSI DELL’ART. 47 DEL DPR N. 445/2000**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a Occhieppo Inferiore in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr\_\_\_/\_ Int. \_\_\_\_

numero di telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

codice fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

identificata/o a mezzo di (estremi del documento di identità) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciato in data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

di cui si allega fotocopia/scansione

**R I C H I E D E**

l’erogazione, ai sensi dell’Ordinanza 658 della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29.03.2020, della misura urgente di solidarietà sociale sotto forma di fornitura di buoni spesa utilizzabili per l’acquisto di generi alimentari, beni di prima necessità e farmaci, essendo nella seguente situazione emergenziale.

*A tal fine, ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 445/2000, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci come previsto dagli articoli 75 e 76 del DPR 445/2000:*

**D I C H I A R A**

- che il proprio nucleo familiare (alla data …../……/……….) è composto da n.\_\_\_\_\_\_\_ persone ed è così composto (compreso dichiarante):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Posizione in famiglia | Stato civile | Professione | già conosciuto dal Servizio sociale |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Dichiara che la situazione attuale del proprio nucleo famigliare è la seguente:

|  |
| --- |
| Situazione socio-economica del nucleo:  **CAMPO DI COMPILAZIONE OBBLIGATORIO**  *(specificare redditi da attività dei vari componenti, età e condizione dei minori presenti nel nucleo, eventuali componenti con disabilità o in condizione di non autosufficienza, altri elementi utili per comprendere la situazione)* |
| Situazione emergenziale per cui necessita della misura urgente di solidarietà alimentare:  *(crociare il caso di interesse)*  **ATTENZIONE E’ OBBLIGATORIO CROCIARE ALMENO UNO DEI CASI INDICATI**   * Nuclei familiari costituiti da soggetti privi di qualsiasi reddito e/o copertura assistenziale; * Nuclei familiari segnalati dall'Ente gestore dei servizi socio-assistenziali o da soggetti del terzo settore, che non siano beneficiari o titolari di trattamenti pensionistici validi ai fini del reddito; * Nuclei familiari monoreddito, derivante da lavoro dipendente il cui datore di lavoro abbia richiesto ammissione al trattamento di sostegno al reddito a zero ore ai sensi del decreto-legge 17/03/2020, n. 18; * Nuclei familiari che non siano titolari di alcun reddito e nuclei familiari monoreddito, derivante da attività autonoma il cui titolare dell'attività abbia richiesto trattamento di sostegno al reddito ai sensi del decreto-legge n. 18/2020; * Nuclei familiari monoreddito derivante da lavoro dipendente il cui datore di lavoro abbia richiesto ammissione al trattamento di sostegno al reddito ai sensi del decreto-legge n. 18/2020 a ridotto orario di lavoro; * Nuclei familiari in carico ai servizi sociali, anche beneficiari del reddito di cittadinanza, sulla base dei bisogni rilevati nell'ambito dell'analisi preliminare o del quadro di analisi da effettuarsi a cura dell'Assistente sociale di riferimento, con priorità per chi fruisce di un minore beneficio. |
| Comunicazioni ulteriori relative alla propria situazione familiare:  (*riquadro a compilazione facoltativa*) | | |

(Barrare la voce che interessa)

□ - Di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo famigliare

□ - Di ricevere i seguenti contributi pubblici: *(specifica | es. Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Dichiara:

□ – Di non possedere un patrimonio mobiliare pari o superiore a 10.000,00 euro (conti corrente postali e/o bancari; conti deposito postali e/o bancari; titoli di stato ed equiparati; certificati di deposito e di credito; obbligazioni; buoni fruttiferi e assimilati; azioni o quote in società italiane o estere; partecipazioni in società italiane o estere.

Dichiara di aver preso visione dell’Avviso pubblico contenente l’informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

Luogo e data

La/Il dichiarante

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

ALLEGARE COPIA/SCANSIONE DEL DOCUMENTO DI IDENTITA’