Allegato A)

EMERGENZA COVID – RICHIESTA DI ACCESSO AL CONTRIBUTO PER LA SOLIDARIETA' ALIMENTARE (D.P.C.M. del 28 marzo 2020)

Il/la sottoscritto/a _____ nata/o a _____

il _____/ _____ /_____ e residente in _____ (___) alla via/piazza _____

_____ n. _____ C. F. _____

Telefono: _____ mail: _____

CHIEDE

di usufruire del buono spesa previsto dall'ordinanza del Dipartimento della Protezione civile n. 658 del 29.03.2020 per far fronte alle esigenze alimentari del proprio nucleo familiare composto da n. _____ persone, come meglio specificato in seguito.

A tale scopo, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

1. Che il proprio nucleo familiare è così composto:

		Cognome e Nome	Luogo e Data di Nascita	Codice Fiscale	Minore – Disabile 100% (Barrare opzione di preferenza)
1	Dichiarante				**D**
2	Coniuge				**D**
3	Figlio/a				**M – D**
4	Figlio/a				**M – D**
5	Figlio/a				**M – D**
6	Figlio/a				**M – D**
7	Altra persone nel nucleo familiare				**M – D**
8	Altra persone nel nucleo familiare				**M – D**

2. ☐ che è già in carico ai servizi sociali;
3. ☐ di versare in una condizione di bisogno stabile o abituale determinata da Valore ISEE inferiore a € 6.000,00 **(specificare valore attestazione ISEE anno 2019 in mancanza di quest'ultima potrà essere esibito e/o autocertificato il valore relativo all'ISEE anno 2018)**: € _____;
4. ☐ di trovarsi in situazione di temporanea difficoltà a seguito dell'emergenza Covid-19 legata ai seguenti motivi: (specificare quali, apponendo una X sulla voce corrispondente):
   - ☐ chiusura o sospensione di attività lavorativa, propria o svolta in qualità di dipendente e non aver ancora ottenuto ammortizzatori sociali;
   - ☐ situazione lavorativa precaria, tale da non poter permettere l'accesso a forme di ammortizzatori sociali;
   - ☐ altro
     (*specificare*)_____
     _____

DICHIARA ALTRESI'

che il nucleo familiare come sopra riportato

5. ☐ non è beneficiario di altre forme di sostegno al reddito ed alla povertà erogati da Enti Pubblici (ad. es. Reddito di Cittadinanza, Reddito di Dignità, Cassa Integrazione guadagni, NasPI, indennità di mobilità, altri ammortizzatori sociali, etc.);

oppure

☐ è beneficiario di altre forme di sostegno al reddito (specificare quali, apponendo una X sulla voce corrispondente)

☐	Reddito di Cittadinanza	Importo mensile	€ _____
☐	Reddito di Dignità	Importo mensile	€ _____
☐	Cassa Integrazione Guadagni	entità/importo	€ _____
☐	NAsPI	entità/importo	€ _____
☐	Indennità di mobilità	entità/importo	€ _____
☐	altri ammortizzatori sociali	entità/importo	€ _____
☐	Assegno di Cura/PRO.V.I.	entità/importo	€ _____
☐	Altro *(specificare)* _____	entità/importo	€ _____

6. ☐ di non avere disponibilità di altre risorse depositate presso istituti bancari e/o postali o garantite attraverso contratti di assicurazione;
7. ☐ di essere disponibile ad un colloquio telefonico con gli operatori del Servizio Sociale Professionale del Comune di Cerignola senza il quale non sarà possibile ottenere l'erogazione del beneficio;
8. ☐ di essere consapevole che i "Buoni Spesa" non potranno essere **utilizzati per l'acquisto** delle seguenti categorie di beni e/o generi alimentari:

- alcolici di qualsiasi genere (birra, vino, liquori, etc);
- articoli di profumeria (creme, profumi, trucchi, etc.);
- tabacchi;

9. ☐ di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679, art. 13;

Alla presente si allega, pena di irricevibilità dell'istanza:

a) copia del documento di riconoscimento del richiedente.

Cerignola , _____

Il Richiedente

_____