

Emergenza COVID – 19
MODULO DI RICHIESTA BUONI SPESA
dichiarazioni sostitutive di certificazioni (art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)

ATTENZIONE

QUALORA LA DOMANDA RISULTASSE INCOMPLETA E, QUINDI, NON VENISSE COMPILATI TUTTI I DATI RICHIESTI O, QUALORA NON VENISSE ALLEGATO IL DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL SOTTOSCRITTORE, L'ISTANZA STESSA VERRÀ AUTOMATICAMENTE ESCLUSA SENZA ULTERIORI COMUNICAZIONI DA PARTE DEL SERVIZIO PREPOSTO ALLA RELATIVA VALUTAZIONE.

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ in data _____ residente a **CIVIDATE AL PIANO** in

Via _____ CAP **24050** - Provincia **Bergamo**

cod. fisc. _____ recapito telefonico (**obbligatorio**) _____

indirizzo e-mail (**obbligatorio**) – (**scrivere in stampatello**) _____

preso atto dell'avviso "Emergenza Covid-19 - Solidarietà alimentare alle famiglie in difficoltà – BANDO 2021 - Distribuzione Buoni Spesa" - pubblicato da codesta Spett.le Amministrazione comunale

RICHIESTE DI POTER USUFRUIRE DI

- Buoni spesa, sotto forma di buoni cartacei o gift cards, finalizzati alla riduzione del costo sostenuto dai nuclei familiari per l'acquisto di generi alimentari e/o di prodotti farmaceutici spendibili presso un esercizio commerciale di generi alimentari o farmacia, individuati dal Comune di Civate al Piano per la specifica misura e iscritti nell'apposito albo pubblicato sul sito istituzionale.

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito/a ai sensi del Codice Penale, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

- di essere cittadino italiano
OPPURE
- di essere cittadino di uno Stato appartenente all'Unione Europea
OPPURE
- di essere cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea e di essere in possesso (barrare una sola ipotesi)
 - del seguente titolo di soggiorno in corso di validità _____
 - del seguente titolo di soggiorno _____ scaduto in data _____
 - di essere in possesso di titolo di soggiorno scaduto ma di avere inoltrato richiesta di rinnovo in data _____
 - di avere appuntamento per il rinnovo, fissato in data _____

Di rientrare in almeno una delle seguenti condizioni verificatesi dal 23/02/2020
(barrare):

- licenziamento avvenuto in data _____ **(ALLEGARE PROVVEDIMENTO DI LICENZIAMENTO)**
 - coperta da erogazione indennità di disoccupazione, pari a €uro _____ mensili
 - NON coperta da indennità di disoccupazione
- cassa integrazione pari a €uro _____ mensili dalla data _____ **(ALLEGARE RELATIVO PROVVEDIMENTO)**
- mobilità dalla data _____ **(ALLEGARE RELATIVO PROVVEDIMENTO)**
- riduzione del lavoro a seguito di accordi aziendali e sindacali a partire dal _____ non coperta da ammortizzatori sociali **(ALLEGARE RELATIVO PROVVEDIMENTO)**
- cessazione di attività professionale o di impresa avvenuta in data _____ (p. iva n. _____) **(ALLEGARE RELATIVO PROVVEDIMENTO)**
- riduzione di attività professionale o di impresa
 - coperta da erogazione ammortizzatori sociali pari a €uro _____ mensili (es., €uro 600,00 mensili per partite iva)
 - NON coperta da erogazione ammortizzatori sociali
- mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico scaduto in data _____ **(ALLEGARE RELATIVO PROVVEDIMENTO)**
- malattia grave o decesso di un componente del nucleo familiare PERCETTORE DI REDDITO
- incremento di spese certificate a seguito del Covid-19, sostenute dal nucleo familiare per l'acquisto di farmaci, per garantire interventi socio-assistenziali o per il pagamento di spese socio-sanitarie o funerarie
- situazione di fragilità economica in nucleo con componente diversamente abile, per sopravvenuti bisogni a seguito del Covid-19
- conti correnti congelati e/o non disponibili temporaneamente (ad esempio a causa di decesso del coniuge, ecc.)
- altro stato di necessità da dichiarare _____

DICHIARA INOLTRE CHE

- il proprio nucleo familiare, così come da iscrizione al Registro Anagrafico della popolazione residente (Stato di Famiglia), oltre che dal sottoscritto, è composto da:

COGNOME E NOME	DATA NASCITA	PARENTELA	OCCUPAZIONE	REDDITO MENSILE

- nessun altro componente del nucleo ha presentato, né presenterà, richiesta finalizzata ad ottenere il medesimo beneficio **(campo obbligatorio)**
- di essere residente in immobile **(barrare)**:
- di proprietà
 - o senza mutuo
 - o con mutuo attivo mensile di €uro _____
 - in affitto con canone mensile di €uro _____
- oltre all'immobile di residenza **(barrare)**:
- o è proprietario di altri beni immobili produttori di canoni per l'importo annuo di €uro _____
 - o non è proprietario di beni immobili diversi da quello di residenza
- all'interno del proprio nucleo familiare i seguenti componenti risultano percettori di:

NOME E COGNOME (segnare nella riga corrispondente alla casistica)	CASISTICA. REDDITO:	IMPORTO NETTO MENSILE O ANNUALE
	Da lavoro dipendente	
	Da lavori occasionali	
	Da lavoro autonomo professionale	
	Da pensione	
	Da Reddito di Cittadinanza	
	Da NASPI (indennità mensile di disoccupazione)	
	Assegno Nucleo Familiare Numeroso	
	Altri contributi erogati da INPS (specificare la tipologia) _____	

- di autorizzare il Comune di Civate al Piano a conferire i propri dati ad altri Enti/Associazioni/Organismi (es. Gruppo Caritativo parrocchiale, Croce Rossa Italiana, Associazione Nazionale Alpini, Protezione Civile, ecc...) per le medesime finalità.

DICHIARA INFINE
(Barrare tutti i campi)

- di essere a conoscenza che il Comune di Cividate al Piano, in sede di istruttoria e successivamente all'erogazione dei buoni spesa, potrà esperire accertamenti tecnici ed ispettivi e/o ordinare esibizione di eventuali ulteriori documenti per la verifica di quanto dichiarato
- di accettare tutte le condizioni individuate dal Comune di Cividate al Piano per l'accesso al beneficio
- di accettare, con la firma della presente istanza, in caso di accoglimento della stessa, il conferimento della Delega al Comune di Cividate al Piano, limitatamente al valore complessivo dei buoni spesa ricevuti, ad effettuare il pagamento del relativo corrispettivo direttamente ai titolari delle attività commerciali individuate dal Comune, ove il sottoscritto ha utilizzato i buoni ricevuti
- di prendere atto che i dati personali comunicati con il presente modulo verranno trattati dal Comune di Cividate al Piano nel rispetto dei principi del Regolamento Ue n. 2016/679.

CONTROLLI

- L'azione di controllo ha lo scopo di verificare la corretta applicazione delle disposizioni dettate per l'ammissibilità delle domande e la congruità della spesa. Essa deve pertanto accertare la coerenza delle azioni e determinazioni assunte con le condizioni e i requisiti previsti nel bando del Comune, il quale si avvarrà delle informazioni in proprio possesso, nonché di quelle di altri enti della Pubblica Amministrazione, richiedendo nei casi opportuni l'intervento della Guardia di Finanza
- considerata la difficoltà di produrre le attestazioni comprovanti gli stati e le dichiarazioni che integrano il possesso dei requisiti di ammissione al buono spesa, l'Ufficio Servizio Sociale potrà eseguire anche controlli ex post sulla documentazione prodotta e sulle attestazioni insufficienti.
- qualora siano stati riscontrati nelle dichiarazioni o nelle pratiche prese in esame, errori e/o imprecisioni sanabili, il Comune procede ai sensi della legislazione vigente.
- qualora siano state rilevate falsità nelle dichiarazioni rese, il Comune provvede ai sensi dell'art. 75 del d.p.r. n. 445/2000 alla revoca del beneficio e attiva le procedure di recupero.
- ai sensi dell'art. 76, c. 1 del d.p.r. n. 445/2000, chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Si allega fotocopia carta di identità o di altro documento di identità in corso di validità

Luogo e data _____ Il Dichiarante _____

**IL MODULO DI RICHIESTA VA CONSEGNATO NELLE MODALITÀ SEGUENTI:
VIA MAIL ALL'INDIRIZZO**

**ATTENZIONE: INVIARE MODULO E ALLEGATI IN VERSIONE PDF,
NON SI ACCETTANO FOTOGRAFIE DEI DOCUMENTI**

oriana.adobati@comune.cividatealpiano.bg.it

OPPURE

**CONSEGNA DEL MODULO CARTACEO NELL'APPOSITO CONTENITORE PREDISPOSTO
PRESSO LA SEDE COMUNALE**

DA LUNEDÌ A VENERDÌ – DALLE ORE 8.30 ALLE ORE 12.30