



COMUNE DI ARDARA

PROVINCIA di SASSARI

Piazza Municipio, 1 - 07010 Ardara (SS) - Telefono 079 400066

email: sociale@comune.ardara.ss.it

Ufficio Servizi Sociali

DOMANDA PER L'EROGAZIONE BUONI SPESA PER ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI E BENI DI PRIMA NECESSITA IN FAVORE DEI RESIDENTI IN STATO DI BISOGNO ECONOMICO E CONTRIBUTI PER PAGAMENTO DEI CANONI DI LOCAZIONE E DELLE UTENZE DOMESTICHE A CAUSA DELL'EMERGENZA COVID-19.

La/il sottoscritta/o
nata/o a il
residente a in vianr numero di
telefono....., codice fiscale.....

Chiede

Di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare e pagamento dei canoni di locazione e delle utenze domestiche, definite da questa Amministrazione con Delibera di G.C. n.70 del 23-12-2021 a seguito dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 658 del 29.03.2020 e in attuazione del Decreto Legge n. 73 del 25.01.2021 art.53.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 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)

D I C H I A R A

- 1) Di far parte di un nucleo familiare in difficoltà economica in quanto particolarmente esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19,
- 2) che il proprio nucleo familiare (alla data/...../.....) come da stato di famiglia, è composto nel modo seguente:

Cognome e nome	Età	Stato civile	Professione	Data sospensione	Già conosciuto dal Servizio sociale

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

(Barrare la voce che interessa)

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

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)*

-
.....
.....
- Il componente _____ specificare (nome e cognome) è titolare di P.i. che ha sospeso l'attività a seguito dell'emanazione dei provvedimenti restrittivi di cui al DPCM DEL 12 MARZO 2020;
 - Il componente _____ specificare (nome e cognome) è dipendente di impresa che sospeso la propria attività a seguito dell'emergenza COVID- 19;
 - Il componente _____ specificare (nome e cognome) è Lavoratore/lavoratrice stagionale attualmente privo di occupazione;
 - Disoccupato/a;
 - Altro
(specificare) _____
 - Non ha nessuna fonte di reddito derivante da lavoro dipendente/ pensione etc;
 - È percettore di reddito di cittadinanza per un importo mensile pari ad € _____;
 - È percettore di NASPI/CASSA INTEGRAZIONE per un importo mensile pari ad € _____;
 - È percettore di altre forme di sostegno al reddito erogate da stato, regione o enti locali pari ad € _____;
 - Che nel proprio nucleo familiare non ci sono altri soggetti percettori di redditi, contributi, indennità a qualsiasi titolo;
 - Che il proprio nucleo familiare non possiede reddito disponibile e alcuna forma di sostentamento reperibile attraverso accumuli bancari o postali, al netto di obbligazioni derivanti da contratti di mutuo, locazione, pagamento utenze etc.

Il/La richiedente dichiara inoltre di essere consapevole che:

2) I buoni-spesa dovranno essere utilizzati esclusivamente presso gli esercizi commerciali convenzionati col Comune ed inseriti in apposito elenco che verrà tempestivamente pubblicato all'Albo on line del Comune, sulla home page del sito istituzionale

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/data

La/Il dichiarante
