



Unione Dei Comuni Destra Adige



Isola Rizza



San Pietro di Morubio

## Area Servizi Sociali

Sede Operativa: Via Motta n. 2 – 37050 San Pietro di Morubio (VR) Tel. 045/6969000 interno 8

[servizisociali@unionedxadige.it](mailto:servizisociali@unionedxadige.it)

**ANNO 2021**

### MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE E BENI DI PRIMA NECESSITA'

D.L. N. 154 DEL 23/11/2020 – ART. 2 (Ordinanza Protezione Civile N. 658/2020)

#### DOMANDA BUONO-SPESA SOLIDALE EMERGENZA COVID – 19

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

cittadinanza \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

ai sensi art. 46 e 47 DPR 445/2000, sotto la propria personale responsabilità e consapevole della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art. 76 DPR 445/2000, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

#### CHIEDE

Per se stesso e/o per il proprio nucleo familiare l'assegnazione dei buoni spesa per l'acquisto di generi di prima necessità, prodotti alimentari, prodotti per l'igiene personale e della casa a favore di persone e/o famiglie in condizioni di disagio economico e sociale causato dalla situazione emergenziale in atto, provocata dalla diffusione da COVID-19

#### DICHIARA ALTRESI'

che il proprio nucleo familiare risulta così composto

	<i>cognome e nome</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>data nascita</i>	
1				Sottoscrittore
2				<i>rapporto parentela</i>
3				<i>rapporto parentela</i>
4				<i>rapporto parentela</i>
5				<i>rapporto parentela</i>
6				<i>rapporto parentela</i>
7				<i>rapporto parentela</i>
8				<i>rapporto parentela</i>

### DICHIARA ALTRESI'

- Di avere l'Attestazione ISEE per l'anno 2021.
- Di non avere l'Attestazione ISEE per l'anno 2021.

che le persone in età lavorativa si trovano nella seguente condizione:

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

- sospensione attività autonoma (specificare tipo attività \_\_\_\_\_)
- sospensione attività lavoro dipendente (specificare tipo attività \_\_\_\_\_)  
Cassa Integrazione si  no
- sospensione lavoro saltuario (specificare tipo attività \_\_\_\_\_)
- occupato (specificare tipo attività \_\_\_\_\_)
- disoccupato dal \_\_\_\_\_ Naspi si  no

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

- sospensione attività autonoma (specificare tipo attività \_\_\_\_\_)
- sospensione attività lavoro dipendente (specificare tipo attività \_\_\_\_\_)  
Cassa Integrazione si  no
- sospensione lavoro saltuario (specificare tipo attività \_\_\_\_\_)
- occupato (specificare tipo attività \_\_\_\_\_)
- disoccupato dal \_\_\_\_\_ Naspi si  no

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

- sospensione attività autonoma (specificare tipo attività \_\_\_\_\_)
- sospensione attività lavoro dipendente (specificare tipo attività \_\_\_\_\_)  
Cassa Integrazione si  no
- sospensione lavoro saltuario (specificare tipo attività \_\_\_\_\_)
- occupato (specificare tipo attività \_\_\_\_\_)
- disoccupato dal \_\_\_\_\_ Naspi si  no

**Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_

- sospensione attività autonoma (specificare tipo attività \_\_\_\_\_)
- sospensione attività lavoro dipendente (specificare tipo attività \_\_\_\_\_)  
Cassa Integrazione si  no
- sospensione lavoro saltuario (specificare tipo attività \_\_\_\_\_)
- occupato (specificare tipo attività \_\_\_\_\_)
- disoccupato dal \_\_\_\_\_ Naspi si  no

### DICHIARA INOLTRE

che nel nucleo familiare sono presenti

- pensionati (importo mensile €. \_\_\_\_\_)
- studenti universitari

che la disponibilità finanziaria (saldo bancario/postale) complessivo del nucleo familiare alla data della presente domanda è compresa tra:

- € 0 - € 3.000,00
- € 3.001,00 - € 6.000,00
- €. 6.001,00 - €. 10.000,00

che il nucleo familiare sostiene le seguenti spese

- |  |                         |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mutuo per abitazione                    | importo mensile € _____ |
| <input type="checkbox"/> in affitto                              | importo mensile € _____ |
| <input type="checkbox"/> finanziamenti (motivo _____)            | importo mensile € _____ |
| <input type="checkbox"/> altre spese mensili (specificare _____) | importo mensile € _____ |

che il nucleo familiare

- non è assegnatario di altro sostegno pubblico (Reddito di cittadinanza, ecc.)
- è assegnatario del seguente sostegno pubblico o altra forma di sostegno economico (specificare)  
\_\_\_\_\_

Che il nucleo familiare presenta situazione debitoria per

- |  |             |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> affitto /mutuo          | per € _____ |
| <input type="checkbox"/> utenze luce, gas, acqua | per € _____ |
| <input type="checkbox"/> altro _____             | per € _____ |

#### AUTORIZZA

i Servizi Sociali ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia da archivi comunali e nazionali ai solo fini della presente istanza e autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e Regolamento UE n. 676/2016.

Data e luogo \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Allega alla presente Documento di Identità