

EMERGENZA COVID-19
BUONO SPESA PER ACQUISTO GENERI ALIMENTARI E PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA'

DOMANDA DI AMMISSIONE AL SUSSIDIO

Al Comune di Castelfidardo
Settore VII "Servizi SocioEducativi"
Via Battisti, 50
60022 CASTELFIDARDO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (_____)

il _____ residente nel Comune di CASTELFIDARDO (AN)

in Via/Piazza _____ n° _____

codice fiscale _____

Recapiti telefonici: Abitazione _____

Cellulare _____

e Mail _____

C H I E D E

di poter beneficiare del contributo di cui all'oggetto, da utilizzare nell'esercizio commerciale scelto tra tutti quelli di seguito indicati.

A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità¹ ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, quanto segue:

- che il proprio nucleo familiare si compone:

n	cognome e nome	nascita		Rapporto di parentela	Condizione lavorativa
		data	Luogo		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

¹ Art. 76 D.P.R. n. 445/2000, commi 1, 2 e 3: "Chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli artt. 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'art. 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale".

- di trovarsi nella seguente situazione economica determinatasi per effetto dell'emergenza Covid-19:

soggetto o nucleo familiare i cui componenti non sono titolari di alcun reddito e/o copertura assistenziale

Eventuali precisazioni: _____

Nucleo familiare monoreddito, derivante da lavoro dipendente che ha subito una riduzione totale o parziale del reddito a seguito di licenziamento (ultima attività lavorativa presso la ditta _____);

Eventuali precisazioni: _____

Nucleo familiare monoreddito, derivante da lavoro dipendente che ha subito una riduzione dell'orario lavorativo (attività lavorativa presso la ditta _____; orario ridotto da ore _____ a ore _____ settimanali);

Eventuali precisazioni: _____

Nucleo familiare monoreddito, derivante da lavoro autonomo che ha subito una sospensione o riduzione dell'attività lavorativa per la seguente categoria _____; orario ridotto da ore _____ a ore _____ settimanali ;

Eventuali precisazioni: _____

over 65 con la sola pensione minima di € _____ (non superiore ad € 700,00) o in assenza di pensione;

Eventuali precisazioni: (altri pensionati in famiglia – indicare nominativo e importo pensione): _____

nucleo familiare beneficiario di Reddito di Cittadinanza/REI per un importo mensile di € _____ (non superiore ad € 700,00), sospeso dal _____;

Eventuali precisazioni: _____

nucleo familiare beneficiario di sostegno pubblico (Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno) per un importo mensile di € _____ (non superiore ad € 700,00): tipo di sostegno _____ (indicare il tipo), attualmente sospeso dal _____ (indicare la data)

Eventuali precisazioni: _____

(N.B.barrare le voci che interessano)

Il sottoscritto dichiara inoltre:

di essere assegnatario delle seguenti misure di sostegno pubblico, anche legate all'emergenza Covid-19: (indicare motivazione ed importi)

di non essere assegnatario di misure di sostegno pubblico

(indicare eventuale motivazione) _____

di avere a disposizione una somma pari ad € _____ per risparmi/liquidità, alla data del 01/11/2020 (indicare l'importo complessivo del nucleo familiare)

che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha presentato richiesta per l'erogazione di contributi per la stessa finalità;

di autorizzare, nel rispetto del Reg. UE N. 679/2016 il Comune di Castelfidardo al trattamento dei dati dichiarati, che saranno utilizzati dagli uffici per l'istruttoria, la definizione e l'archiviazione dell'istanza formulata e per le finalità strettamente connesse.

(N.B. barrare le voci che interessano)

di scegliere per l'utilizzo del buono spesa il seguente negozio, autorizzando sin d'ora il Comune ad inviare il proprio nominativo ed il valore del buono spesa allo stesso:

- Palm – CONAD Villa Musone – sconto applicato 10%
- Magazzini Gabrielli – OASI – Via Jesina – sconto 10%
- COAL – via Montessori – sconto 5%
- Acqua e Sapone – Via Colombo – sconto 10%

(N.B. Barrare un solo negozio. In assenza di scelta, il negozio sarà scelto dal Comune).

Le dichiarazioni rese potranno essere sottoposte a verifiche e controlli conformemente alla vigente normativa statale in materia, anche con la collaborazione della Guardia di Finanza e dell'INPS. Le dichiarazioni false saranno perseguite ai sensi di Legge. Sono fatte salve ulteriori e più gravi fattispecie penali (art. 640 bis Codice Penale).

Il sottoscritto è consapevole che la presentazione della domanda costituisce "lex specialis" e pertanto la partecipazione comporta implicitamente l'accettazione senza riserve alcuna di tutte le disposizioni contenute nell'avviso pubblico.

Il sottoscritto è altresì consapevole che il buono spesa potrà essere speso nel negozio prescelto in una sola volta o in più volte, comunque non più tardi del 28 febbraio 2021.

Data _____

Firma del richiedente _____

Allegare alla presente fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità
**N.B. DOMANDE INCOMPLETE, PRIVE DELLA FIRMA E/O DELLA DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE
NON VERRANNO ACCOLTE**