

Oggetto: - SOSTEGNO ECONOMICO STRAORDINARIO DA EMERGENZA COVID - BUONI SPESA IN ESECUZIONE DEL DECRETO LEGGE 23 NOVEMBRE 2020, N. 154. MISURE FINANZIARIE URGENTI CONNESSE ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19. Istanza per l'assegnazione dei buoni spesa.

Il/la sottoscritto/a _____
(cognome) (nome)

nato/a a _____ (_____) il _____
(luogo di nascita) (prov.) (data)

Cod. Fisc.: _____ residente a _____
(comune di residenza)

(_____) in _____ n. civ. _____
(prov.) (indirizzo)

Recapiti:

Telefono fisso/mobile _____

E-mail (Obbligatoria) _____ PEC (facoltativa) _____

CHIEDE

L'assegnazione del buono spesa in oggetto e, a tal fine, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, in caso di dichiarazioni false, mendaci e reticenti

DICHIARA

- ✓ che il nucleo familiare di appartenenza è costituito da n. _____ persone, di cui n. _____ a carico del dichiarante, tutti come identificati in tabella:

nr.	cognome e nome	luogo di nascita	data nascita	rapporto parentela dichiarante
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

- ✓ che all'interno del nucleo familiare sono presenti n° _____ minori da 0 a 3 anni;
- ✓ che all'interno del nucleo familiare sono presenti n° _____ disabili;
- ✓ che nessun altro componente il proprio nucleo familiare ha presentato istanza per l'erogazione di misure analoghe presso altro Comune calabrese ovvero presso altro Comune italiano;
- ✓ che, a causa delle misure di distanziamento sociale imposte per il contenimento dell'epidemia da Covid-19, il sottoscritto (o altro componente il nucleo familiare) ha subito le seguenti conseguenze, aventi decisive ripercussioni, anche temporanee, sull'effettivo sostentamento del nucleo familiare, come sopra individuato [barrare e descrivere]:
 - perdita o riduzione del lavoro (licenziamento, mancato rinnovo di contratto a tempo determinato, riduzione delle ore lavorative) senza attivazione di ammortizzatori sociali ovvero con ammortizzatori insufficienti in relazione al fabbisogno familiare, SPECIFICARE:

 - sospensione temporanea dell'attività con partita IVA rientranti nei codici ATECO delle attività professionali, commerciali, produttive artigianali non consentite dal DPCM 22 marzo 2020 e successive integrazioni, SPECIFICARE: _____

 - impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali/stagionali o intermittenti a causa dell'obbligo di permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria o per effetto della contrazione delle chiamate,
SPECIFICARE: _____

 - altro, SPECIFICARE: _____

- ✓ di non essere, alla data odierna, a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, assegnatari di sostegno pubblico (**Reddito di Cittadinanza, Pensione di Cittadinanza, Reddito di Inclusione, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale**);
[ipotesi di ammissione prioritaria]
[oppure]
- ✓ di avere percepito alla presente data, relativamente al mese di **dicembre 2020**, a nome proprio e di altro componente il nucleo familiare, redditi, contributi e/o sussidi, comunque denominati, nei limiti di 780,00 euro mensili e precisamente pari a € _____ a titolo di _____ **[ipotesi di ammissione secondaria]**
[oppure]
- ✓ di non rientrare in alcuna delle due ipotesi precedenti **[ipotesi di ammissione residuale]** (se comunque in possesso dei requisiti generali, il richiedente potrà eventualmente beneficiare della misura, ma senza priorità, solo in via residuale ed in presenza di economie) – **allegare modello ISEE.**

SI IMPEGNA

- ✓ all'utilizzo del buono spesa in conformità all'uso consentito per l'acquisto esclusivamente di generi alimentari, farmaceutici e di prima necessità secondo le modalità stabilite dal decreto regionale in oggetto e dall'Avviso pubblicato dal Comune di Benestare;
- ✓ A conservare e ad esibire in caso di controllo la **fattura recante codice fiscale del titolare del buono**, da richiedere agli esercizi commerciali convenzionati dopo ogni acquisto, fatta eccezione in caso di acquisto di farmaci, per i quali è previsto uno scontrino semplice, senza codice fiscale, accompagnato da liberatoria dell'acquirente, in l'acquisto avvenuto con tale modalità di pagamento non costituisce una spesa sanitaria detraibile ai sensi del TUIR.

Alla presente allega:

- ✓ **copia di un valido documento di identità e codice fiscale;**
- ✓ **per i soli richiedenti ammissione beneficio residuale allegare mod. ISEE**
- ✓ _____

Il/la dichiarante autorizza altresì il Comune di Benestare al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attribuzione del beneficio in oggetto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Reg. EU 2016/679. Il dichiarante è informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14 GDPR n° 679/2016 e della normativa nazionale, che dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. È informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del beneficio indicato in oggetto e che un eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.

Luogo e data _____

Firma
