

EMERGENZA CORONAVIRUS – COVID 19

MODELLO ISTANZA ASSEGNAZIONE BUONO SPESA - FONDI DONAZIONI

spazio riservato al protocollo

Al Signor Sindaco del Comune di Cerda (PA)

Ufficio Servizi Sociali
Piazza A. Russo n. 14

90010 **Cerda (PA)**

PEC: servizisociali@pec.comune.cerda.pa.it

COGNOME*:	NOME*:
LUOGO E DATA DI NASCITA*:	
INDIRIZZO*	COD. FISCALE*:
TEL/CELL*:	EMAIL:

*Dati obbligatori

CHIEDE

Alla S.V. di essere ammesso alla misura di **“Solidarietà Alimentare”** - Buono Spesa per l’acquisto di generi alimentari e di prima necessità e farmaci, giusta Ordinanza n. 658 del 29.03.2020, emessa dal Capo del Dipartimento della Protezione Civile - FONDI DONAZIONI

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R n. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76 dello stesso D.P.R., per i casi di dichiarazioni non veritiere, di formazione o di uso di atti falsi, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di Cerda (PA);
- di abitare nel Comune di Cerda (PA) sin dal _____/
- che il proprio nucleo familiare è composto:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	CONVIV. SI/NO
1				
2				
3				
4				
5				
6				

- che il proprio nucleo familiare non ha percepito buoni spesa già erogati dal Comune di Cerda;
- che nessun componente il proprio nucleo familiare ha percepito l'indennità di € 600,00 (*Bonus €600 – COVID 19*);
- che il proprio nucleo familiare si trova in una comprovata situazione di estremo bisogno con gravi e comprovate difficoltà socio - economiche, acuite a seguito dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19, incapaci di soddisfare le quotidiane necessità più urgenti ed essenziali;
 - Perdita del lavoro;
 - Chiusura attività;
 - Riduzione drastica degli introiti derivanti dalla propria attività lavorativa;
 - Disoccupato;
 - Altro: _____
- non avere depositi bancari/postali/assicurativi o somme in conto corrente superiori ad € 5.000,00 aumentati di ulteriori € 1.000,00 per ogni componente il nucleo familiare.

Ai fini della valutazione da parte del Servizio Sociale Professionale del Comune, **DICHIARA** che il proprio nucleo familiare per il mese di maggio 2020 usufruisce delle seguenti somme di denaro:

- Reddito da lavoro dipendente/parasubordinato € _____/
- Reddito da lavoro autonomo/professionale € _____/
- Reddito da pensione € _____/
- REI – Reddito o pensione di cittadinanza: € _____/
- NASPI – Indennità di disoccupazione: € _____/
- Cassa integrazione/mobilità: € _____/
- Assegno d'invalidità civile/ciechi o frequenza: € _____/
- Indennità di accompagnamento Invalidi Civili/Ciechi € _____/
- Indennità I.N.A.I.L.: € _____/
- Servizio Civico: € _____/
- Canone locativo € _____/
- Assegno di mantenimento € _____/
- Altro: _____ € _____/

DICHIARA, inoltre che il proprio nucleo familiare abita in un immobile:

- di proprietà – in comodato d'uso gratuito – in locazione (canone mensile) € _____/

DICHIARA, infine, di essere informato che, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs n. 196/2003 i dati personali da me forniti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

ALLEGA: fotocopia della carta d'identità in corso di validità del/la richiedente.

CERDA _____/

IL/LA RICHIEDENTE
