



COMUNE DI ALFANO

Provincia di Salerno

Tel. e Fax 0974-956095-P.za Combattenti N°7 - 84040 ALFANO -C.C. Postale N° 18946848 -
e-mail info@comune.alfano.sa.it - PEC: affarigenerali.alfano@asmepec.it - P.I. 01748070651 - C. F. 84001650658

ALLEGATO A

RICHIESTA BUONI SPESA PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI DI PRIMA NECESSITÀ – EMERGENZA COVID-19.

La domanda per il presente avviso non può essere presentata dagli assegnatari, e da nessun componente il nucleo familiare dello stesso, dei buoni alimentari il cui avviso è scaduto il 18/12/2020 ed appartenenti all'elenco approvato con determina N° 57 del 22/12/2020 a firma del Responsabile Amministrativo

Al **Comune di Alfano**
Piazza Combattenti N° 7 - 84040 ALFANO

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ - (____) il ____/____/____

Codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Documento Identità N° _____ rilasciato il _____

da _____ Residente in _____ (____)

in Via _____ N° _____, Cellulare _____

email _____

CHIEDE

di usufruire del buono spesa previsto dall'ordinanza del Dipartimento della Protezione civile N° 658 del 29/3/2020, e DL 154 del 23/11/2020 per poter far fronte alle esigenze alimentari del proprio nucleo familiare. A tal fine

DICHIARA

sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, consapevole dell'applicazione del D.Lgs.n.109/98 e s.m.i. in materia di attivazione della procedura di controllo sulla veridicità delle informazioni fornite nella presente autodichiarazione:

a) che il proprio nucleo familiare anagrafico è composto da N° _____ componenti, con i redditi percepiti nel mese di **dicembre 2020**, e precisamente:

N° ord.	Cognome e Nome	Codice Fiscale	Relazione parentela	Reddito percepito a Dicembre 2020	
				Tipologia reddito	Importo tot. €.

Indicare la tipologia di reddito riportando i seguenti numeri:

1	Reddito da lavoro autonomo	2	Reddito da lavoro dipendente
3	Reddito da lavoro svolto all'estero	4	Reddito di cittadinanza
5	Pensioni e altre indennità (da specificare)	6	Pensione di cittadinanza
7	Pensione/i estere	8	Cassa integrazione ordinaria
9	Cassa integrazione in deroga	10	Altre tipologie di redditi (da specificare)

b) che i componenti la famiglia innanzi riportati:

- sono al momento tutti presenti fisicamente nella famiglia;
- al momento dalla famiglia è assente il seguente componente _____
per i seguenti motivi _____
è resterà assente presumibilmente fino alla data del _____

c) che il nucleo familiare del sottoscritto versa in gravi difficoltà economiche a seguito dell'Emergenza COVID-19, in quanto nel mese di **DICEMBRE 2020** ha percepito un reddito non superiore ad € 500,00 mese (reddito autonomo, reddito dipendente, Reddito da lavoro svolto all'estero, reddito da immobili, pensioni, pensioni estere, assegnatari di sostegni economici compreso reddito di cittadinanza e pensione di cittadinanza, redditi provenienti da altri istituti previdenziali da cui poter trarre sostentamento quali disoccupazione, cassa integrazione ordinaria e cassa integrazione in deroga), che, in particolare, il proprio nucleo familiare nel mese di **DICEMBRE 2020** ha percepito un reddito *complessivo (di qualsiasi natura)* prodotto dai suoi componenti pari ad €. _____ (a lettere _____) in caso di reddito dichiarato pari ad euro 0,00 (*zero*) il richiedente, pena l'esclusione dal beneficio, è obbligato a presentare una dichiarazione attestante e quantificante le fonti e i mezzi dai quali il nucleo familiare ha tratto sostentamento (*Modello B*).

d) che non ha forme di sostentamento reperibili attraverso accumuli bancari o postali, beni mobili dell'importo complessivo, **referito all'intero nucleo familiare, superiore ad € 10.000,00 (diecimila/00), e precisamente al 31 Dicembre 2020** il nucleo aveva un importo complessivo di circa €. _____ (a lettere _____);

e) che nel proprio nucleo familiare innanzi elencato risultano presenti:

- N° _____ **neonati-infanti 0-3;**
- N° _____ **minori di età 4- 18 anni non compiuti;**
- N° _____ **portatori di handicap con invalidità al 100;**
- è **monogenitoriale;**

Richiede la deroga all'importo massimo previsto per nucleo familiare, per le motivazioni che relazionerò all'assistente sociale; (*ipotesi non obbligatoria*)

ALLEGA

Pena di irricevibilità dell'istanza:

1. fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscrittore N° _____
rilasciato da _____ con scadenza _____;
- dichiarazione attestante e quantificante le fonti e i mezzi dai quali il nucleo familiare ha tratto sostentamento (*modello B*) (da allegare solo nel caso che sia stato dichiarato un reddito pari ad € 0,00 (*zero*)).

Il/La sottoscritto/a, in riferimento al trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda, esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al Reg UE 2016/679 ed al D.lgs. n.196/2003 e ss.mm.ii.

Alfano, li _____

* Firma _____

*** L'omessa firma dell'istanza e/o l'assenza della copia del documento di riconoscimento del richiedente o la mancata presentazione del modello B in caso di reddito con €. 0, comportano l'automatica esclusione della domanda.**