

**RICHIESTA BUONO SPESA PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI  
E/O DI PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA' AI SENSI DELL'ART. 2 DEL D.L.  
23/11/2020 N. 154**

**ISTANZA DI ACCESSO AD INTERVENTO SOCIO-ASSISTENZIALE  
E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(art. 47 del D.P.R. 445/2000)

AI COMUNE DI CASTEL DI LUCIO  
SERVIZI SOCIALI

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_, Tel/Cell \_\_\_\_\_  
(e-mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_

nella qualità di intestatario della scheda anagrafica del proprio nucleo familiare, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, per l'accesso alle misure di sostegno previste dall'art. 2 del decreto legge 23 novembre 2020, n. 154 (cd. decreto ristori-ter)

**DICHIARA**

Che, relativamente al mese di **DICEMBRE 2021**, il sottoscritto e ciascuno dei componenti il proprio nucleo familiare si trovano nelle condizioni degli aventi diritto secondo quanto previsto nell'Avviso del 18/12/2020 del Comune di Castel di Lucio, relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente di:

- essere residente nel Comune di CASTEL DI LUCIO;
- *che il proprio Nucleo Familiare, così composto, percepisce le seguenti tipologie di beneficio (reddito di cittadinanza, NASPI, DISCOLL, Cassa Integrazione, altro ammortizzatore sociale, specificare)::*

N.	Cognome e nome	Codice fiscale	Luogo e data di nascita	Parentela	Tipologia di beneficio	Importo
1						
2						
3						
4						
5						

- Che è stata presentata istanza per l'ottenimento del seguente ammortizzatore sociale \_\_\_\_\_ che, ad oggi, non è stato erogato;
- la perdita del lavoro per emergenza coronavirus dal \_\_\_\_\_
- di essere titolare di attività commerciale/artigianale (indicare la tipologia) \_\_\_\_\_ chiusa a seguito di DPCM ovvero di altra attività (indicare la tipologia) \_\_\_\_\_ per la quale è previsto il ristoro e di non avere ancora ricevuto, alla data odierna, alcuna indennità;
- di beneficiare di altro emolumento (specificare) \_\_\_\_\_;
- di risiedere in abitazione in affitto con un canone mensile di € \_\_\_\_\_;
- che il reddito complessivo dell'intero nucleo familiare è pari ad € \_\_\_\_\_;
- di sostenere le rate di pagamento per mutuo e/o finanziaria etc. con rata mensile non sospesa pari ad € \_\_\_\_\_;
- che il patrimonio mobiliare (risparmi ed investimenti) dell'intero nucleo familiare alla data del **31/12/2021** è **pari o inferiore ad € 10.000,00**;

#### CHIEDE

La concessione per il proprio nucleo familiare di BUONI SPESA per l'acquisto generi alimentari e prodotti di prima necessità a seguito dell'emergenza epidemiologica da Covid 19 (D.L. 23.11. 2020, N. 154).

Dichiara altresì

- di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale effettuerà i controlli sulla presente autocertificazione anche tramite la Guardia di Finanza e che si procederà al recupero delle somme erogate ed alla denuncia all'Autorità Giudiziaria, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, in caso di false dichiarazioni.
- che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta al Comune in indirizzo, ovvero ad altro Comune.
- di essere consapevole che qualora le risorse finanziarie rese disponibili non siano sufficienti a soddisfare tutte le istanze formulate, verrà data priorità ai nuclei familiari che non percepiscono alcuna forma di reddito o alcuna altra forma di assistenza economica da parte dello Stato, compresi ammortizzatori sociali e reddito di cittadinanza, ecc.

ALLEGA:

1. Copia carta di identità in corso di validità'
2. Informativa sul trattamento dei dati personali UE n. 679/2016.

Castel di Lucio lì \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_