

EMERGENZA SANITARIA LEGATA AL DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19
MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

MODELLO ISTANZA DI ACCESSO AI "BUONI SPESA" DI CUI AL D.L. 23 NOVEMBRE
2020, N. 154 E ALL'ORDINANZA DEL CAPO DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE
CIVILE N. 658 DEL 29/03/2020

Al
Comune di Savignano Irpino

La domanda di accesso al beneficio a valere sul Fondo di solidarietà alimentare può essere presentata solo da uno dei componenti del nucleo familiare.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ () il
____/____/_____, residente in Savignano Irpino (AV), Via/Piazza _____, n. _____, recapito
telefonico _____ Codice Fiscale _____, carta d'identità
n° _____ trovandosi in uno stato di bisogno che, allo stato, gli preclude la
possibilità di procurarsi ed acquistare generi alimentari e di prima necessità per sostenere il proprio nucleo
familiare,

CHIEDE

di poter accedere al beneficio del "Buono Spesa" di cui al decreto-legge 23 novembre 2020, n. 154 cosiddetto
"Decreto Ristori ter" che rifinanzia la misura di cui all'Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 658 del
29/03/2020, per l'acquisto di generi alimentari e di prima necessità.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze
penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARA, PER SE E PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

(barrare le voci che interessano):

- ☐ di essere residente nel Comune di Savignano Irpino;
- ☐ di percepire un reddito mensile attuale netto pari o inferiore la soglia di € 1.200,00;
- ☐ di trovarsi nella condizione di disoccupato a far data dal ____/____/____;
- ☐ di non avere accesso ad alcuna forma di sostegno alimentare (es. Banco Alimentare, Caritas, ecc.);
- ☐ di essere percettore di reddito di cittadinanza, reddito di emergenza, forme di disoccupazione, cassa integrazione,
indennità di accompagnamento e di non autosufficienza, di assegni di cura ai disabili gravi e gravissimi, nonché
delle contribuzioni "Dopo di Noi", "Vita indipendente" o altre forme di sostegno di welfare, per un importo di
€ _____. Specificare (_____);
- ☐ di NON essere percettore di reddito di cittadinanza, reddito di emergenza, forme di disoccupazione, cassa
integrazione, indennità di accompagnamento e di non autosufficienza, di assegni di cura ai disabili gravi e
gravissimi, nonché delle contribuzioni "Dopo di Noi", "Vita indipendente" o altre forme di sostegno di welfare
- ☐ di percepire redditi di pensione nella misura mensile di € _____;
- ☐ di aver perso il lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati da Governo e
Regione Campania in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19. A tal fine dichiara che
era impiegato presso _____, con la mansione di _____ e che
il rapporto si è interrotto in data ____/____/____;
- ☐ di aver richiesto, in data ____/____/_____, l'accesso ad una delle misure di sostegno economico

_____ (specificare quale) previste dal D.L. 17/03/2020
n. 18 (c.d. Decreto “Cura Italia”) pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020;

- ☐ che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ componenti, di cui n. _____ figli e n. _____ altro _____ (specificare grado di parentele), conformemente a quanto risultante dallo stato di famiglia;
- ☐ che i propri figli hanno un'età pari a _____
- ☐ che all'interno del proprio nucleo familiare vi sono n° _____ componente/i con una disabilità superiore al 66% e/o titolari di L. 104/1992;
- ☐ che l'immobile presso il quale risiede è oggetto di un contratto di locazione (esclusa l'ipotesi di alloggio ERP);
- ☐ che l'attuale disponibilità economica in riferimento ad entrate recenti e/o giacenza su c/c o altri strumenti di deposito immediatamente smobilizzabili non consentono l'approvvigionamento di generi alimentari o di prima necessità;

Eventuali note:

Il/la sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto. I dati richiesti, che non rappresentano in alcun modo motivi di esclusione, sono necessari ai fini di dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici, finalizzata all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare.

Il/La sottoscritto/a prende atto e dichiara di accettare, altresì, che, successivamente all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare, il Comune di Savignano Irpino procederà alla messa a disposizione dell'importo riconosciuto soltanto una volta ricevuto l'accredito delle risorse necessarie da parte dello Stato.

Allega alla presente copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

_____, ____/____/2020

Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza il Comune di Savignano Irpino al trattamento dei propri dati personali, esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all'art. 13 del D.lgs 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dall'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

N.B.: Il Comune di Savignano Irpino si riserva la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati, procedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente.