



Al 1° Settore  
Servizi alla Persona - Socio – Assistenziali  
Comune di Decimomannu

**OGGETTO: RICHIESTA “BUONI SPESA EMERGENZA COVID-19” (art. 2, del D.L. n.154 del 23 novembre 2020 – Ordinanza Protezione Civile n. 658/2020)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente o domiciliato/a a Decimomannu in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F.

\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**N.B. E' obbligatorio indicare una email e un contatto telefonico**

**CHIEDE**

Che gli/le vengano concessi i “**BUONI SPESA EMERGENZA COVID-19**” .

**DICHIARA**

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000

Che il proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è così composto:

| nr. | Cognome e Nome      | Luogo e data di nascita | Grado di parentela con il dichiarante | Attività lavorativa |
|-----|---------------------|-------------------------|---------------------------------------|---------------------|
|     | <i>Dichiarante:</i> |                         |                                       |                     |
|     |                     |                         |                                       |                     |
|     |                     |                         |                                       |                     |
|     |                     |                         |                                       |                     |
|     |                     |                         |                                       |                     |
|     |                     |                         |                                       |                     |
|     |                     |                         |                                       |                     |
|     |                     |                         |                                       |                     |

- Che il dichiarante e/o il nucleo familiare ha dovuto interrompere o ridurre la propria attività lavorativa a seguito delle disposizioni legate all'emergenza epidemiologica Covid-19 ☐ SI ☐ NO
- Che percepisce il seguente reddito mensile pari a € \_\_\_\_\_ derivante da \_\_\_\_\_ (reddito da lavoro o pensione o tirocinio, altro);
- Che il dichiarante e/o il proprio nucleo familiare, relativamente all'ultimo anno disponibile, ha percepito i seguenti redditi ESENTI IRPEF (barrare tutte le caselle di interesse):
  - ☐ Pensione di invalidità civile, cecità, sordomutismo
  - ☐ Indennità di accompagnamento
  - ☐ Pensione sociale o assegno sociale
  - ☐ Rendita INAIL per invalidità permanente o decesso
  - ☐ Pensione di guerra o reversibilità di guerra

- ☐ Borsa di studio universitaria o per frequenza corsi o attività di ricerca post laurea
- ☐ Contributi economici erogati dal Comune comprese le leggi di settore
- ☐ Assegno di maternità per le mamme casalinghe (L.448/98 art.66)
- ☐ Assegno per nucleo familiare con almeno tre minori (L.448/98 art. 65)
- ☐ Contributo canone di locazione (L. 431/98 art.11)
- ☐ Assegno di mantenimento dell'ex coniuge
- ☐ Altro \_\_\_\_\_.

- Che il dichiarante e il nucleo familiare sta percependo sostegni pubblici, quali:

- ☐ Reddito di cittadinanza pari a € \_\_\_\_\_ al mese
- ☐ Pensione di cittadinanza pari a € \_\_\_\_\_ al mese
- ☐ REIS 2019 pari a € \_\_\_\_\_ al mese
- ☐ NASPI pari a € \_\_\_\_\_ al mese
- ☐ Cassa integrazione pari a € \_\_\_\_\_ al mese
- ☐ Altro \_\_\_\_\_.

#### OPPURE:

- ☐ che il dichiarante e il nucleo familiare **NON** sta percependo sostegni pubblici.
- Che il dichiarante e il nucleo familiare si trovano in una o più delle seguenti condizioni:
  - problemi sanitari di tipo alimentare (allergie e/o intolleranze alimentari, altro...) ☐ SI ☐ NO
  - problemi sanitari che comportano ingenti spese di farmaci ☐ SI ☐ NO
  - presenza di neonati di età compresa fra 0 e 2 anni ☐ SI ☐ NO
  - presenza di anziani di età dai 70 anni in su ☐ SI ☐ NO
  - altro \_\_\_\_\_

#### DICHIARA ALTRESI'

Che i dati forniti sono completi e veritieri

Di impegnarsi a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo (residenza, composizione del nucleo familiare, situazione lavorativa ecc.)

Di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art.75 D.P.R. 445/2000, qualora da un controllo delle dichiarazioni rese emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, fermo restando le ulteriori conseguenze previste dalla normativa vigente e la restituzione delle somme percepite indebitamente.

Di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs. n. 196 del 30/06/2003 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e per cui presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

#### ELENCO DOCUMENTI ALLEGATI ALL'ISTANZA

- ☐ Copia del documento di identità del richiedente in corso di validità e dell'eventuale delegato alla riscossione del beneficio.
- ☐ Verbalì o certificazioni sanitarie attestanti eventuali stati di invalidità (da cui si evinca la percentuale di invalidità) e/o di handicap grave (da comprovare con certificazione ai sensi della L. 104/1992 art. 3 comma 3) relativi a persone presenti nel nucleo familiare del destinatario finale degli interventi, così come risulta da stato di famiglia anagrafica.
- ☐ Altri documenti utili a comprovare particolari situazioni (certificati medici rilasciati dal SerD attestanti lo stato di ex tossicodipendente o decreto di scarcerazione per gli ex detenuti).
- ☐ Copia della carta di soggiorno, nel caso di cittadino extracomunitario.

Decimomannu, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B. L'autodichiarazione deve essere firmata con firma leggibile e presentata unitamente ad un documento di identità del dichiarante, in corso di validità.**