

**Autodichiarazione per la richiesta di buoni spesa
ai sensi del l'OCDPC 29 marzo 2020 n. 658 – D.L. n. 154 del 23/11/2020**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione a/o sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445, e ss.mm.ii.

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____ a _____
_____ provincia di _____ il _____
_____ C.F.: _____ residente o domiciliato^(*) (^(*)qualora, a
seguito di provvedimento della USL che ha dichiarato l'isolamento o quarantena come misura di tutela
sanitaria, da allegare obbligatoriamente alla presente) nel Comune di Castelfranco Piandiscò (AR) in
via/piazza _____ n. _____ C.A.P 52026 con recapito telefonico _____

Facente parte del nucleo familiare composto da:

Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale: _____
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale: _____
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale: _____
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale: _____
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale: _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/10/2000 n° 445 e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità

CHIEDE

- di essere ammesso per se stesso e per il proprio nucleo familiare all'assegnazione delle misure previste, ai sensi dell'ordinanza della protezione civile n. 658/2020 mediante:

- **Buoni spesa**

A TAL FINE DICHIARA

che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato domanda per la concessione dello stesso contributo.

Che il proprio nucleo familiare non è in grado di soddisfare le necessità più essenziali e urgenti in quanto nessun suo componente risulta percettore di reddito da lavoro a causa delle seguenti modifiche della condizione occupazionale intervenute successivamente alla dichiarazione dello stato di emergenza CoViD-19 (ossia dal 31 gennaio 2020) per ragioni connesse alla stessa:

- nel caso di lavoratore dipendente a tempo indeterminato:

risoluzione del rapporto di lavoro

sospensione dell'attività lavorativa, in assenza/attesa di attivazione di ammortizzatore sociale
(descrivere l'evento occorso, con l'indicazione del componente del nucleo familiare coinvolto, del soggetto datoriale e della data dell'accadimento) _____

- nel caso di lavoratore dipendente a tempo determinato ovvero impiegato con tipologie contrattuali flessibili:

conclusione del rapporto di lavoro

(descrivere l'evento occorso, con l'indicazione del componente del nucleo familiare coinvolto, del soggetto datoriale e della data dell'accadimento) _____

- nel caso di lavoratore autonomo:

cessazione, sospensione della propria attività, in quanto rientrante tra quelle inserite nell'elenco di cui all'allegato al decreto del Ministro dello Sviluppo Economico 25 marzo 2020

(descrivere l'attività cessata o sospesa con l'indicazione del codice ATECO di riferimento, del/i componenti/i del nucleo familiare interessati della data dell'accadimento) _____

- nel caso di lavoratore intermittente o a chiamata:

consistente riduzione della propria attività

(descrivere l'attività svolta e le ragioni della riduzione intervenuta) _____

- Altro (es. assenza di reddito ed di non essere percettore di alcun sostegno economico pubblico)

DICHIARA ALTRESI'

che il nucleo familiare NON è titolare di conti correnti bancari e postali per i quali l'importo superi per numero di componenti: €4.000,00 per 1 componente; €6.000,00 per 2 componenti; €8.000,00 per 3 componenti; €10.000,00 per 4 componenti e oltre, al 31/10/2020;

Autorizza inoltre codesto Ente ad effettuare verifica circa la veridicità delle Dichiarazioni sostitutive rese sopra in conformità al D.P.R. 445/2000 nella consapevolezza che le Dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del medesimo D.P.R. oltre a comportare la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti.

SI IMPEGNA

All'utilizzo del buono spesa in conformità all'uso consentito (acquisto esclusivamente di generi alimentari e di prima necessità).

DOMANDA PRESENTATA NELL'INTERESSE O IN NOME E PER CONTO DI ALTRI

La presente domanda è presentata in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale.

Se ricorre il suddetto caso, ogni riferimento al "richiedente" del presente modello, è da intendersi come riferito al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è presentata la domanda.

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. ____ Data di nascita _____
Codice Fiscale _____
Residente a _____ Prov. ____ CAP _____
Via/Piazza _____ n. _____
Documento di riconoscimento _____ Numero _____
Rilasciato da _____ Data (gg/mm/aaaa) _____
Recapito telefonico _____ E-mail _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e civili per falsità in atti e dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art 76 del DPR n. 445 del 20.12.2000, dichiara che quanto dichiarato è vero ed accertabile ai sensi dell'art 43 del DPR suindicato ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti; che è a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nella dichiarazione resa ai soli fini della evasione della istanza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

_____ li _____

firma

(o in sostituzione Esercente Responsabilità Genitoriale/Tutore/Amministratore di Sostegno)

** Ai sensi dell'art. 3 comma 11 della Legge n. 127/97 quale modificato dall'art. 2 comma 10 della Legge 16 giugno 1998 n. 191, la sottoscrizione della presente Istanza non è soggetta ad autenticazione qualora sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un **Documento di identità valido del sottoscrittore**. In caso di cittadino extracomunitario andrà esibito il Permesso di soggiorno.

IL DIPENDENTE ADDETTO

(Timbro dell'Ente)

_____ li _____

N.B.: la presente domanda, compilata e firmata, unitamente ad una copia di un documento di riconoscimento, deve essere inviata all'email: buonispesa@castelfrancopiandisco.it.