

**AL COMUNE DI MUSEI
UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**DOMANDA CONCESSIONE DI BUONI SPESA PER L'ACQUISTO DI
GENERI ALIMENTARI E BENI DI PRIMA NECESSITA' NELL'AMBITO
DELLE "MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE" COVID-19.
Priorità 1^, 2^, 3^**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ e residente a _____

in Via/Viale/P.zza _____ n. _____

Codice Fiscale _____, Tel./Cell. _____,

E-mail _____;

RICHIEDE, di poter fruire dei VOUCHER di cui all'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, adottata al fine di fronteggiare i bisogni dei nuclei familiari privi della possibilità di approvvigionarsi dei generi alimentari, a causa dell'emergenza derivante dall'epidemia COVID-19.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 (reclusione fino a due anni), nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

1. Di essere residente nel Comune di Musei;
2. Che il proprio nucleo familiare si trova in grave difficoltà economica a seguito di

3. Che nel proprio nucleo familiare sono presenti numero _____ minorenni, e attesta che il nucleo familiare anagrafico risulta così composto:

NOME E COGNOME	DATA DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA CON IL RICHIEDENTE

**DICHIARA ALTRESI' CHE LA SUA SITUAZIONE SOCIO-ECONOMICA E' RICOMPRESA IN
UNA DELLE SEGUENTI PRIORITA'(contrassegnare le opzioni di interesse):**

- Di appartenere ad un nucleo familiare non già beneficiario di alcuna misura di sostegno pubblico e danneggiato dal dilagare del COVID-19, che si trova in condizione di grave difficoltà economica, senza alcun reddito disponibile, e senza alcuna forma di sostentamento reperibile attraverso accumuli bancari o postali; **(Priorità di assegnazione N° 1)**;
- Di appartenere ad un nucleo familiare già beneficiario di misure di sostegno pubblico (es.: Reddito di cittadinanza, Reddito di inclusione REIS, Naspi, indennità di mobilità), e danneggiato dal dilagare del COVID-19, e che si trova in condizione di grave difficoltà economica, con reddito disponibile mensile non superiore ai 500,00 €; **(Priorità di assegnazione N° 2)**;
- Di appartenere ad un nucleo familiare già beneficiario di misure di sostegno pubblico (es.: Reddito di cittadinanza, Reddito di inclusione REIS, Naspi, indennità di mobilità), e danneggiato dal dilagare del COVID-19, e che si trova in condizione di grave difficoltà economica, con reddito disponibile mensile non superiore agli 800,00€; **(Priorità di assegnazione N° 3)**.
- Che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato richiesta per la medesima finalità.
 - Che alla data della presentazione della richiesta il reddito mensile del proprio nucleo familiare è:
 - pari a € 0,00 **(Priorità 1)**;
 - inferiore a € 500,00 mensili netti, ed è pari ad € _____ **(Priorità 2)**.
 - inferiore a € 800,00 mensili netti, ed è pari ad € _____ **(Priorità 3)**.

Per i nuclei familiari composti da più di 4 persone, tale soglia reddituale è rideterminata nella misura di ulteriori € 100,00 per ogni persona eccedente. (es. priorità 2: nucleo familiare di n. 5 persone, il reddito mensile netto deve essere inferiore a € 600,00; priorità 3: nucleo familiare di n. 5 persone, il reddito mensile netto deve essere inferiore a € 900,00)

Cognome e nome	Data nascita	Tipologia di reddito (indicare se da lavoro /pensione, e/o tipo di contributo/sostegno economico)	Importo mensile percepito
			€
			€
			€
			€
			€
			€

- di non avere disponibilità economiche/risparmi (per sé e/o il proprio nucleo familiare) di una somma pari o superiore a 4.000,00 euro su conti correnti bancari o postali e su altri depositi immediatamente esigibili (tale importo è rideterminato per i nuclei familiari composto da più di 2 persone nella misura di ulteriori 1.000,00 euro per ogni persona eccedente).

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA

- di essere informato/a, che i dati raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (art. 13 del regolamento UE 2016/679);
- di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali di cui al regolamento UE 2016/679, e di aver preso visione dell'Informativa della privacy ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).
- di utilizzare il voucher (buono spesa) solo ed esclusivamente per l'acquisto di beni alimentari e generi di prima necessità secondo quanto stabilito nel relativo avviso e di accettare tutte le condizioni in esso previste.

ALLEGA

- Copia fronte/retro del **documento di riconoscimento** in corso di validità.

Musei, _____

Il Dichiarante _____