

## MODELLO DI DOMANDA – ALLEGATO A

AL COMUNE DI LARINO

**OGGETTO: EMERGENZA COVID-19 - DOMANDA DI CONCESSIONE DEL BUONO SPESA DI CUI ALL'ORDINANZA DEL DIPARTIMENTO DI PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29.03.2020 E DELL'AVVISO PUBBLICO INDETTO DAL COMUNE DI LARINO CON *DECRETO SINDACALE N. 13 DEL 02.04.2020***

Il/La sottoscritto/a

 il  e residente in 

Nato/a a

 Provincia 

CAP

 n. 

Via

 Telefono/Cellulare 

C. Fiscale

e-mail

### CHIEDE

### la concessione del buono spesa in oggetto.

A tal fine, consapevole che tutti i requisiti di seguito indicati sono dichiarati ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e che l'Ufficio dei Servizi Sociali di Larino sottopone a controlli e verifiche il contenuto delle dichiarazioni secondo le modalità e le condizioni previste dagli artt. 71 e 72 del D.P.R. 445/2000 e che qualora dai controlli emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti ed incorre nelle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del D.P.R. 445/2000,

**DICHIARA:**

**(biffare la casella di pertinenza)**

di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_

di appartenere ad un nucleo familiare privo di reddito

*oppure*

di appartenere ad un nucleo familiare monoreddito il cui titolare di reddito ha subito sospensione e/o riduzione dell'orario di lavoro ai sensi del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020;

*oppure*

di appartenere ad un nucleo familiare i cui titolari di reddito hanno subito sospensione e/o riduzione dell'orario di lavoro ai sensi del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020;

che il proprio nucleo familiare  **non è beneficiario**,  **oppure è beneficiario** di una o più delle seguenti misure di sostegno pubblico precedentemente riconosciute al D.L. n. 18 del 17 marzo 2020:

- cassa integrazione;
- indennità di disoccupazione;
- reddito di cittadinanza

per un importo, il cui valore complessivo mensile per nucleo familiare, non è superiore ad € 200,00 nel caso composto da 1 sola persona, ad € 300,00 nel caso composto da 2 persone, ad € 400,00 nel caso composto da massimo 4 persone e ad € 600,00 nel caso composto da oltre 4 persone.

#### **DICHIARA altresì**

che il proprio nucleo familiare è così composto da nr. \_\_\_\_\_ persone compreso il richiedente, di cui nr. \_\_\_\_\_ figli a carico, e precisamente (*compilare la tabella*)

Cognome	Nome	Codice fiscale	Rapporto di parentela/affinità con il richiedente (coniuge, figlio, suocero, etc.)	Professionale (lavoratore, studente, disoccupato, pensionato, etc.)

#### **DICHIARA ALTRESI'**

- di accettare incondizionatamente tutto quanto previsto nell'Avviso in oggetto.
- che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato la medesima domanda.

#### **ALLEGA**

- copia di un documento di riconoscimento, in corso di validità.

Luogo \_\_\_\_\_ e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

( \_\_\_\_\_ )