

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

MODELLO ISTANZA DI ACCESSO AI "BUONI SPESA" DECRETO RISTORI TER DI CUI ALL'ORDINANZA DEL CAPO DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658/2020

Al Comune di Cirò Marina

(da inviare a mezzo e-mail all'indirizzo: buonispesa@comune.ciròmarina.kr.it)

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____) il ____/____/____, residente a Cirò Marina – Via/Piazza _____, n. _____, recapito telefonico _____ - Codice Fiscale _____, 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 all'art. 1, comma 3, dell'Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, per l'acquisto di alimenti 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 SÉ E PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE (barrare le voci che interessano):

- di essere residente e/o domiciliato nel **Comune di Cirò Marina** (oppure senza dimora a carico del Comune o richiedenti asilo o titolari di permesso di protezione umanitaria);
- di essere percettore di **Reddito di cittadinanza** per un importo di € _____,____;
- di esser stato percettore di **Reddito di emergenza** per un importo di € _____,____;
- di aver percepito **buoni spesa periodo marzo/aprile** per un importo di € _____,____;
- di aver percepito **buoni spesa Regione Calabria** periodo dicembre per un importo di € _____,____;
- di trovarsi nella **condizione di inoccupato o disoccupato**, al pari di tutti i componenti del nucleo familiare;
- di non essere **dipendente di pubblica amministrazione e/o privati** al pari di tutti i componenti del nucleo familiare;
- di percepire **redditi da altra fonte di sostegno di welfare pubblico** nella misura di € _____,____;
- di non percepire **redditi di pensione di anzianità, vecchiaia, assegno ordinario di invalidità**, pensione contributiva superiore a € 800,00 indennità di accompagnamento, al pari di tutti i componenti del nucleo familiare;
- di aver perso il lavoro in **conseguenza delle restrizioni legate al diffondersi del contagio da COVID-19** (impiegato presso _____, con la mansione di _____ e che il rapporto si è interrotto in data ____/____/____);
- di non aver **richiesto e di non essere destinatario di alcuna delle misure di sostegno economico** previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto "Cura Italia") pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020;
- 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 G.U. n. 70 del 17/03/2020;
- che il proprio **nucleo familiare è composto da n. _____ componenti, di cui n. _____ figli e n. _____ altro**, conformemente a quanto risultante dallo stato di famiglia;
- di aver preso visione dell'avviso pubblico;**

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

Allega alla presente copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità e modello autocertificazione del nucleo familiare e dei redditi percepiti.

Cirò Marina, ____/____/____

IN FEDE