



**AUTODICHIARAZIONE PER ACCEDERE  
AL CONTRIBUTO DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE  
EMERGENZA COVID-19  
FONDO DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE**

**Fase 2**

Art. 2 D.L. 23 novembre 2020 n. 154  
Ordinanza n°658/2020 della Protezione Civile

Al Sig. SINDACO  
del Comune di Cavasso Nuovo

**OGGETTO:** richiesta di “buono spesa” a sostegno del reddito per nuclei familiari in difficoltà - intervento di emergenza COVID-19 per **solidarietà alimentare** di cui all’ordinanza della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 658 del 29 marzo 2020 ed eventuali rinnovi

Io sottoscritto/a

<b>nome:</b>	
<b>cognome:</b>	

nato/a

<b>luogo:</b>	
<b>data:</b>	
<b>cittadinanza:</b>	

residente

<b>a:</b>	
<b>via/piazza:</b>	

**impiego/attività svolta**

(inserire crocetta)

di società/ente

<b>autonomo</b>	<input type="checkbox"/>
<b>dipendente</b>	<input type="checkbox"/>

<b>privato</b>	<input type="checkbox"/>
<b>pubblico</b>	<input type="checkbox"/>

<b>codice fiscale:</b>	
<b>telefono:</b>	
<b>e-mail (se disponibile)</b>	

<b>Titolo di studio</b>	
-------------------------	--

**documento di riconoscimento**

<b>tipo documento:</b>		Carta d'identità/ Passaporto / Patente di guida / Permesso di soggiorno	
<b>n° documento:</b>		<b>data rilascio:</b>	
<b>rilasciato da:</b>		<b>data scadenza:</b>	

**CHIEDO**

di poter beneficiare del buono spesa di cui in oggetto in quanto attualmente si trova in una condizione di disagio economico.

**A tal fine, consapevole delle conseguenze penali** cui posso andare incontro **in caso di dichiarazione falsa o mendace** (art. 76 D.P.R. 445/2000) e delle **conseguenze amministrative** (perdita degli eventuali benefici economici) ai sensi dell’art. 46 e 47 D.P.R. 445/2000

## DICHIARO

(barrare o completare)

### 1) unica richiesta familiare:

- che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato richiesta per il presente contributo di solidarietà alimentare;

### 2) famiglia - nucleo familiare residente composto da:

n.  persone, come risultante dallo **stato di famiglia**, di cui:

n.  minori

n.  persone con disabilità

n.  anziani non autosufficienti

### 3) di risiedere in abitazione:

- proprietà  
 proprietà con mutuo mensile pari a € \_\_\_\_\_  
 locazione mercato privato, con il seguente canone mensile € \_\_\_\_\_  
 alloggio ATER, con il seguente canone mensile € \_\_\_\_\_  
 altro titolo di occupazione dell'immobile a titolo oneroso \_\_\_\_\_ con il seguente canone mensile € \_\_\_\_\_  
 altro titolo di occupazione dell'immobile a titolo gratuito \_\_\_\_\_

- CHE nei nei **due mesi precedenti la presente dichiarazione** il proprio nucleo familiare ha avuto le **seguenti entrate:**

mese di \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_  
mese di \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

- di percepire **redditi di pensione** di importo pari a € \_\_\_\_\_ mensili complessivi

### 4) altri contributi al reddito:

sto ricevendo  **(nei due mesi precedenti la presente autocertificazione e/o al momento della sottoscrizione)**

altri **contributi pubblici a sostegno del reddito** (esempio: cassa integrazione, indennità di disoccupazione, indennità Naspi, reddito di cittadinanza o inclusione, sostegno al canone di locazione, contributi straordinari ecc.)

- Cassa Integrazione (o analoghi \_\_\_\_\_) € \_\_\_\_\_ mensili  
 Indennità di disoccupazione/Naspi (o analoghi \_\_\_\_\_) € \_\_\_\_\_ mensili  
 Reddito di Cittadinanza (o analoghi \_\_\_\_\_) € \_\_\_\_\_ mensili  
 Contributi Straordinari (o analoghi \_\_\_\_\_) € \_\_\_\_\_ mensili  
 Altre entrate da sostegno pubblico € \_\_\_\_\_ mensili

### 5) buoni spesa buoni spesa nella precedente erogazione 2020

ho ricevuto  (inserire crocetta)  n. erogazioni

### 6) situazione attuale - il mio nucleo familiare si trova nella condizione di:

- mancanza** di stipendio/compenso o introito da attività autonoma *causa dell'emergenza Coronavirus* nei due mesi precedenti alla richiesta  
 **significativa riduzione** di stipendio/compenso o introito da attività autonoma *causa dell'emergenza Coronavirus* nei due mesi precedenti alla richiesta  
 genitore singolo privo di reddito o con reddito insufficiente a soddisfare i bisogni del nucleo  
 famiglia con minori in difficoltà a soddisfare i bisogni primari del nucleo  
 famiglia con disabili in una situazione di disagio economico

- famiglia con anziani non autosufficienti in una situazione di disagio economico
- famiglia con persone con patologie causa di disagio economico
- famiglia monoreddito in attesa di cassa integrazione o con orario di lavoro ridotto
- nucleo familiare senza alcun reddito
- nucleo familiare in stato di bisogno già in carico al Servizio Sociale
- altra condizione (specificare) \_\_\_\_\_

## 7) risparmi

alla data della presentazione della domanda il totale dei risparmi del mio nucleo familiare (somma del saldo dei conti correnti bancari/postali+ deposito titoli ecc.) è:

(inserire crocetta)

inferiore	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------

a 6.000,00 euro

**Dichiaro inoltre** che l'eventuale buono acquisti che dovesse essere concesso a fronte della presente potrà essere utilizzato esclusivamente per l'acquisto di generi alimentari o prodotti di prima necessità, secondo le indicazioni che verranno rese note dal Comune e di essere a conoscenza che i buoni spesa non possono essere ceduti e/o venduti a terzi, che non danno diritto a resto, che non potranno essere sostituiti e/o rimborsati in alcun modo.

**Autorizzo il trattamento** dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente al fine degli obblighi di legge (D.Lgs. 30.06.2003, n. 196 e Reg. UE n. 2016/679).

**Sono consapevole** che potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni fornite.

**Sono consapevole** che la presente sarà trasmessa al Servizio Sociale per le opportune valutazioni. In seguito alla presentazione dell'autodichiarazione un operatore del Servizio Sociale potrà procedere a contatto telefonico, al fine di un approfondimento della situazione.

*Dichiaro inoltre di prestare il proprio consenso all'apertura della Cartella Sociale Informatizzata, al suo aggiornamento in relazione alle attività prestate da questo Servizio Sociale a favore del sottoscritto e/o del proprio nucleo ed al suo passaggio ad altro Servizio Sociale in caso di trasferimento.*

Cavasso Nuovo, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La firma non deve essere autenticata. Esente da imposta di bollo (art. 37 D.P.R. 445/2000)

### **Inviare al Comune di Cavasso Nuovo con una delle seguenti modalità:**

- invio per posta elettronica: [cultura.scuole@comune.cavassonuovo.pn.it](mailto:cultura.scuole@comune.cavassonuovo.pn.it)
- consegna a mano all'Ufficio Protocollo del Comune di Cavasso Nuovo previo appuntamento telefonico al n. 0427 77014 int.5

### **Informazioni**

Servizio Sociale delle Valli e Dolomiti Friulane tel. 0427-707350

**ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI INDENTITA'**