

**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE E RICHIESTA BUONO SPESA
EMERGENZA COVID-19**

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____, CF _____, residente a _____
in via _____, indirizzo
email _____, recapito telefonico _____,
avendo preso visione dell'Avviso Pubblico per la raccolta delle istanze di accesso ai buoni spesa,
consapevole delle responsabilità penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci così come stabilito negli artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445,

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare, così come risultante dall'Anagrafe del Comune di _____, è così composto (specificando il grado di parentela e attestando che il componente vive e risiede con il nucleo):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

☐ che nel mese di novembre 2020 i componenti del proprio nucleo familiare non hanno percepito alcun reddito e versano in condizioni di disagio;

DI ESSERE:

☐ cittadini italiani; cittadini dell'Unione Europea nel rispetto degli accordi internazionali vigenti; stranieri, apolidi, regolarmente soggiornanti ai sensi della normativa statale che versino in stato di bisogno;

☐ residenti nel Comune di al momento di presentazione della domanda;

☐ non percettori di altre misure a sostegno del reddito predisposte dallo Stato per emergenza COVID-19;

☐ di non avere nessun deposito bancario sufficiente a cui attingere per superare l'emergenza;

☐ non percettori di altra misura di intervento statale (disoccupazione, cassa integrazione ordinaria, Reddito di Cittadinanza, Reddito di emergenza, ecc.) a sostegno di situazione di emergenza sociale di qualsiasi tipo;

☐ percettori di altra misura di intervento statale (disoccupazione, stipendi, cassa integrazione ordinaria, pensione, Reddito di Cittadinanza, Reddito di emergenza, ecc.) per un importo mensile di Euro _____ a titolo di _____.

IL SOTTOSCRITTO, PER COME SOPRA IDENTIFICATO, CHIEDE L'EROGAZIONE DEL BUONO PREVISTO DAL COMMA 2 DEL DECRETO-LEGGE N. 154 DEL 23 NOVEMBRE 2020 E **DICHIARA DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA MANCATA COMPILAZIONE DI TUTTI I CAMPI DELLA PRESENTE DOMANDA, ESCLUDE LA STESSA DA QUALSIASI VALUTAZIONE DA PARTE DELL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DELL'UNIONE, PRECLUDENDO LA POSSIBILITA' DI AVERE IL BUONO RICHIESTO.**

Data _____

Firma

.....

Allegare obbligatoriamente copia del documento di identità in corso di validità.