Immagine che contiene fiore

Descrizione generata automaticamente**Spett.le**

**COMUNE DI MOGLIA**

**OGGETTO: DOMANDA PER L’ASSEGNAZIONE DI BUONI SPESA A SOSTEGNO DEL REDDITO DELLE FAMIGLIE IN DIFFICOLTÀ ECONOMICA, PER L’ACQUISTO DI BENI ALIMENTARI E DI PRIMA NECESSITÀ PRESSO LE LOCALI ATTIVITÀ COMMERCIALI PRESENTI NEL COMUNE DI MOGLIA ADERENTI ALL’INIZIATIVA**

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_), via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,e domiciliato in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_), via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

documento di identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, indirizzo mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)**

**DICHIARO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

Ai sensi dell’art. 2, comma 6 dell’Ordinanza della Presidenza del Consiglio dei Ministri a firma del Capo della Protezione Civile n. 658 del 29.03.2020

* che il proprio nucleo familiare, oltre che dal richiedente, è residente nel comune di Moglia ed è costituito da n. ..................... persone di cui al seguente prospetto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nome e Cognome | Data di nascita | Relazione di parentela con il richiedente | Eventuale riconoscimento grave handicap ai sensi art. 3 comma 3 legge 104/92 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |

* che la propria condizione abitativa è:

1. in locazione in alloggio del comune con canone mensile pari a euro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. in locazione in alloggio privato con canone mensile pari a euro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

in alloggio di proprietà senza mutuo;

1. in alloggio di proprie con mutuo mensile pari a euro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
2. in altra situazione abitativa (specificare: dormitorio, ospitalità gratuita, ecc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* che nel corso degli ultimi 3 mesi il proprio nucleo familiare ha potuto beneficiare delle seguenti entrate economiche:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **TIPOLOGIA ENTRATA** | **GENNAIO 2020** | **FEBBRAIO 2020** | **MARZO 2020** |
| Stipendio |  |  |  |
| Pensione |  |  |  |
| Indennità |  |  |  |
| Reddito di Cittadinanza |  |  |  |
| Contributi economici  del Comune |  |  |  |
| Altre entrate da specificare (Naspi, ecc.) |  |  |  |

* che il patrimonio mobiliare (conto corrente bancario, libretto postale, ecc.) complessivo del proprio nucleo familiare ammonta, alla data del 31.03.2020, a euro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere esposto agli effetti economici derivanti dall’emergenza epidemiologica da Coronavirus (COVID 19), avendo subito una modifica della propria situazione reddituale:

(barrare una delle seguenti lettere

1. perdita del lavoro presso azienda \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (specificare i motivi ad esempio “mancato rinnovo”, …)
2. chiusura attività di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. riduzione del reddito perché \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di avere una entrata netta che dedotte le spese per mutui prima casa di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensile e/o affitti di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, relativa al mese di **marzo 2020**, e che suddivisa per tutti i componenti del nucleo famigliare porta ad una quota pro capite uguale o inferiore a € 400,00.

**DICHIARO ALTRESI’**

* di essere in una condizione di fragilità **(a titolo esemplificativo e non esaustivo) Privi di occupazione non destinatari di altri sostegno economico pubblico o elargito da Enti del terzo settore (Caritas); Soggetti con Reddito di Cittadinanza attualmente sospeso, revocato e decaduto, Nuclei familiari numerosi, Nuclei mono-genitoriali, Anziani soli con pensione minima o in assenza di pensione, Nuclei che a seguito del COVID19 si trovano con conti corrente congelati e/o nella non disponibilità temporanea dei propri beni e/o non possiedono strumenti di pagamento elettronici, Nuclei con disabili in situazione di fragilità economica, Partite Iva e altre categorie non comprese dai dispositivi attualmente in definizione a livello ministeriale)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDO**

Ai sensi dell’art. 2, comma 4, lettera a) dell’Ordinanza della Presidenza del Consiglio dei Ministri a firma del Capo della Protezione Civile n. 658 del 29.03.2020

di beneficiare del buono spesa utilizzabile per l’acquisto di generi alimentari presso gli esercizi commerciali di Moglia accreditati.

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

* prende atto che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 “Codice in materia di protezione dei dati personali”,i dati personali indicati nel presente modulo saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra, si riferisce
* prende atto che, sui dati dichiarati, il Comune di Moglia potrà effettuare controlli da parte degli organi preposti, ai sensi dell’articolo 71 del D.P.R. n. 445/2000 e ai sensi dell’articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e dell’articolo 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n, 221, e successive modificazioni
* autorizza gli operatori del Comune di Moglia a contattare INPS, datori di lavoro e terzi al fine di verificare la veridicità della presente dichiarazione

Data e luogo

Firma del dichiarante