



COMUNE DI ADRARA SAN MARTINO

Cap. 24060

PROVINCIA DI BERGAMO

Tel. 035 - 93 30 03

Cod. Fiscale n.

00712970169

Fax 035 - 93 43 54

CON

UTES UNITA' TERRITORIALE EMERGENZA SOCIALE BASSO SEBINO



Modulo richiesta per cittadini per i buoni spesa

Al Comune di **Adrara San Martino**

Ufficio Servizi sociali

Mail servizisociali@bronzone.cmassrl.it

Oppure telefonare al 035.927031

Da lun. a giov. 14.00-17.30 e Venerdì 9.00 -13.00

RICHIESTA DI ACCESSO AI BUONI SPESA AI SENSI DELL'ORDINANZA DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29 MARZO 2020

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto _____
Codice fiscale _____
Data di nascita _____
Comune di nascita _____
Provincia di nascita _____
Stato estero di nascita _____
Cittadinanza _____
Residente a _____
via e nr. civico _____
e-mail _____
Telefono _____ Cell. _____

CHIEDE

di poter beneficiare dei buoni spesa ai sensi dell'ODPDC n. 658 del 29 marzo 2020

A TAL FINE DICHIARA

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, quanto segue:



COMUNE DI ADRARA SAN MARTINO

Cap. 24060

PROVINCIA DI BERGAMO

Tel. 035 - 93 30 03

Cod. Fiscale n.

00712970169

Fax 035 - 93 43 54

CON

UTES UNITA' TERRITORIALE EMERGENZA SOCIALE BASSO SEBINO



che lo stato di famiglia è composto, oltre che dal dichiarante, dalle seguenti persone:

Parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

1) che nel proprio nucleo familiare sono presenti n..... minori con età inferiore ai 4 anni;

2) di possedere almeno una delle seguenti condizioni:

barrare le condizioni di appartenenza

<input type="checkbox"/>	licenziamento, mobilità, cassa integrazione; perdita o riduzione del lavoro non coperta da ammortizzatori sociali
<input type="checkbox"/>	sospensione attività di lavoro autonomo non coperta da ammortizzatori sociali (600 euro mensili partite iva)
<input type="checkbox"/>	cessazione o riduzione di attività professionale o di impresa
<input type="checkbox"/>	Disoccupazione
<input type="checkbox"/>	mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici
<input type="checkbox"/>	accordi aziendali e sindacali con riduzione del l'orario di lavoro
<input type="checkbox"/>	malattia grave o decesso di un componente del nucleo familiare
<input type="checkbox"/>	incremento di spese certificate sostenute dal nucleo familiare per l'acquisto di farmaci, per garantire interventi socio-assistenziali o per il pagamento di spese socio-sanitarie o funerarie
<input type="checkbox"/>	attivazione di servizi a pagamento per l'assistenza al domicilio di persone fragili che non hanno potuto frequentare centri diurni per anziani, disabili o progetti personalizzati domiciliari di cui fruivano
<input type="checkbox"/>	Nuclei che si trovano conti correnti congelati e/o nella non disponibilità temporanea (ad esempio a causa di decesso del coniuge, etc)
<input type="checkbox"/>	altro stato di necessità (specificare in dettaglio):



COMUNE DI ADRARA SAN MARTINO

Cap. 24060

PROVINCIA DI BERGAMO

Tel. 035 - 93 30 03

Cod. Fiscale n.

00712970169

Fax 035 - 93 43 54

CON

UTES UNITA' TERRITORIALE EMERGENZA SOCIALE BASSO SEBINO



N.B. il richiedente se richiesto in sede di controllo dovrà produrre documentazione/dichiarazioni per attestare il possesso delle condizioni dichiarate

3) di non aver risorse necessarie per affrontare le spese per i beni di prima necessità

Barrare tra le due risposte

- Di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo familiare
- Di ricevere i seguenti contributi pubblici: (specifica | es. Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)

..... €...../mese (riferimento marzo 2020).

..... €/mese (riferimento marzo 2020).

..... €/mese (riferimento marzo 2020).

4) di avvalersi per la fruizione del buono dell'esercizio commerciale o dei seguenti esercizi commerciali (massimo 3). Scegliere nella lista di negozi pubblicata sul sito del Comune

Dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

di essere a conoscenza che il Comune di residenza procederà, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli sulle domande presentate richiedendo nei casi opportuni l'intervento della Guardia di Finanza.

Data IL DICHIARANTE

(firma leggibile)

Allega la seguente documentazione:

- Fotocopia della carta di identità del richiedente.
- Per i richiedenti cittadini di paesi terzi, copia del titolo di soggiorno o scaduto in data successiva al 21/02/2020 ovvero in possesso di ricevuta per appuntamento di rinnovo

NOTA UFFICIO SERVIZI SOCIALI : In considerazione dell'emergenza covid-19 il consenso è stato acquisito telefonicamente dall'Ass. sociale _____ il _____ alle ore _____ dal sig. _____ che ha comunicato il seguente documento d'identità per riconoscimento _____ Lo stesso si impegna a far pervenire al termine dell'emergenza modulo sottoscritto in originale.