

Al Sig. Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_

Oggetto: domanda di contributo ex art. 2 della OCDPC n. 658 del 29.03.2020

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in questo Comune alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

E mail: \_\_\_\_\_

con la presente **chiedo** che mi venga corrisposto il contributo in oggetto. A tale scopo, consapevole delle responsabilità di legge per il caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi del DPR 445/2000,

### DICHIARO

Di essere **intestatario della scheda anagrafica** del nucleo familiare di cui faccio parte, composto da n. \_\_\_\_ persone;

- che il mio nucleo familiare è **monoreddito** e, a causa dell'emergenza Covid 19, si trova in temporanea situazione di **indigenza** in quanto ha perso l'ordinaria e **unica** fonte di reddito e non possiede altre forme di sostentamento (es. risparmi, rendite, ecc.);

- che il mio nucleo familiare rientra nella categoria dei (indicare una categoria):

lavoratori autonomi con attività sospesa che non percepiscano sussidio INPS in quanto (indicare la motivazione): \_\_\_\_\_

Lavoratori autonomi con attività sospesa (**anche dopo il 3 maggio**) che pur, percependo sussidio INPS per Covid 19, registrano nel nucleo familiare la presenza n. \_\_ minori.

Lavoratori autonomi con attività ripresa e registrano nel nucleo familiare la presenza n. \_\_ minori. **Termine presentazione domanda: 11 maggio 2020.**

Lavoratori dipendenti di attività sospese per Covid 19 che non abbiano percepito cassa integrazione (o anticipo della stessa dal datore di lavoro) o misure simili nel mese di aprile 2020.

Percettori di RDC di importo mensile inferiore a € 100 (per componente in nucleo familiare) erogato ad integrazione di reddito non più percepito a causa del Covid 19. Importo mensile RDC € \_\_\_\_\_.

Disoccupati di "lungo corso" senza reddito che non percepiscono sussidi pubblici né RDC in quanto (indicare la motivazione): \_\_\_\_\_.

Disoccupati di "lungo corso" senza reddito che percepiscono sussidi pubblici mensili per € \_\_\_\_\_ corrisposti da \_\_\_\_\_ a titolo di: \_\_\_\_\_.

Soggetti in condizione di disagio socio economico di particolare gravità (specificare): \_\_\_\_\_.

-che il mio nucleo familiare ha già percepito ( ) oppure di non ha mai percepito ( ) il contributo oggi richiesto (*barrare l'ipotesi che ricorre*).

Mi **impegno**:

ad utilizzare i buoni spesa che mi saranno consegnati solo per l'acquisto di generi alimentari e/o di assoluta necessità;

a non cedere in nessun caso i buoni a terzi;

a fornire a questo Comune ogni elemento, che mi verrà richiesto, utile a giustificare la mia richiesta;

per il caso di inoltro telematico della presente domanda, a recapitare, appena possibile, copia cartacea della stessa debitamente sottoscritta, sotto pena di decadenza dal beneficio.

**Allego** fotocopia documento di identità (*se impossibilitato, Carta di Identità n. \_\_\_\_\_ rilasciata il \_\_\_\_\_ dal comune di \_\_\_\_\_*).

Ai soli fini dell'erogazione del beneficio richiesto, autorizzo, ai sensi del Reg.U.E. n. 679/16 e s.m.i, questo Comune al trattamento dei dati forniti e alla trasmissione degli stessi agli enti collegati e ad esso strumentali.

\_\_\_\_\_ Li \_\_\_\_\_

In Fede

### **Attenzione:**

**La domanda, pena inammissibilità, dovrà essere presentata esclusivamente dall'intestatario della scheda anagrafica di nucleo familiare nel comune di residenza.**

L'esaurimento delle risorse a disposizione del comune comporterà il termine all'acquisizione delle domande.

**Non accedono al contributo:** i nuclei che non rientrano fra le categorie ammesse; non versino in condizioni oggettive di indigenza (*es. possessori di risparmi*); continuino a disporre di una qualunque fonte di reddito superiore a 100 € per componente, o percepiscano contributi pubblici di qualunque natura, di importo mensile superiore a 100 € per componente.