

**DOMANDA BUONI SPESA COMUNALI
GENERI ALIMENTARI E NON DI PRIMA NECESSITÀ
EMERGENZA COVID-19**

**AL SIGNOR SINDACO
DEL COMUNE DI VADO LIGURE
SETTORE IX SERVIZI SOCIALI**

PROT_____

Il/La sottoscritt _____, nata a _____ (____) il _____

Residente a _____ in Via/P.zza _____

Codice fiscale _____ tel. _____ mail _____

CHIEDE

di poter accedere al **“Buoni Spesa Comunali-Emergenza COVID 19”**

A tal fine dichiara di trovarsi nelle seguenti condizioni:

1. residente nel Comune di Vado Ligure;
2. Condizione di indisponibilità di risorse economiche per provvedere all’acquisto di generi alimentari e non di prima necessità: in situazione di difficoltà economica strettamente legata all’emergenza epidemiologica COVID-19 + presenza nel nucleo familiare di uno o più soggetti minori di 18 anni ovvero di soggetti ultrasessantacinquenni ovvero di portatori di handicap ovvero di uno o più soggetti disoccupati;
3. Condizione di indisponibilità di risorse economiche per provvedere all’acquisto di generi alimentari: in situazione di difficoltà economica strettamente legata all’emergenza epidemiologica COVID-19;
4. Soggetto di cui ai punti 1 o 2 già assegnatari di sostegno pubblico fino ad 600,00 euro/mese (cassa integrazione ordinaria e in deroga, stipendi, pensioni, pensioni sociali, pensione di inabilità, reddito di cittadinanza, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento, altre indennità speciali connesse all’emergenza coronavirus ecc.);
5. **che** il proprio nucleo familiare è così composto:

Adulti: _____ **Minori:** _____ (**Età** _____) **Anziani:** _____ **Portatori di Handicap:** _____

Si prende visione e si accetta espressamente:

che verrà data priorità ai nuclei familiari più esposti agli effetti economici derivanti dall’emergenza epidemiologica da Virus Covid-19 e tra quelli in stato di bisogno;
che verrà data priorità ai nuclei familiari non percettori di contributi pubblici;
che i Buoni saranno utilizzabili entro e non oltre la data del 15/12/2020;
in caso di falsa dichiarazione verranno applicate le sanzioni previste dalla normativa vigente oltre alla decadenza immediata del beneficio concesso.

Data _____

firma _____

Dichiarazione sostitutiva di certificazione

(art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/ _____ C.F. _____
nato a _____ (____) il ____/____/____,
residente a _____ (____) in _____ n° _____

ai sensi degli articoli 46, 47 e 77-bis del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. n. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

(Breve illustrazione dell'attuale situazione di difficoltà legata all'emergenza COVID-19)

Che il proprio nucleo familiare è così composto:

nome	cognome	luogo	Data nascita	di	Condizione di disabilità/ portatore di handicap	Condizione di disoccupazione

Barrare la casella che interessa:

[] Di essere già assegnatario di sostegno pubblico di importo fino ad 600,00 euro/mese (cassa integrazione ordinaria e in deroga, stipendi, pensioni, pensioni sociali, pensione di inabilità, reddito di cittadinanza, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento, altre indennità speciali connesse all'emergenza coronavirus ecc.)

Di NON essere già assegnatario di sostegno pubblico di importo fino ad 600,00 euro/mese (cassa integrazione ordinaria e in deroga, stipendi, pensioni, pensioni sociali, pensione di inabilità, reddito di cittadinanza, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento, altre indennità speciali connesse all'emergenza coronavirus ecc.)

Luogo, e data _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)