



# Città di Bosa

Provincia di Oristano

EMERGENZA SANITARIA LEGATA AL DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19  
MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

## DOMANDA

**DI ACCESSO AI "BUONI SPESA" DI CUI ALL'ORDINANZA DEL CAPO  
DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29/03/2020 E NEL  
DECRETO LEGGE 23 NOVEMBRE 2020, N. 154**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE AI SENSI DEL DPR 445/2000**

**NOTA BENE: POTRA' ESSERE PRESENTATA UNA SOLA DOMANDA PER NUCLEO FAMILIARE**

<b>dati richiedente</b>	Il sottoscritto _____
	nato/a a _____ Prov. _____ il _____
	Residente a _____ in Via _____
	Codice Fiscale _____ Recapito telefonico _____
	Mail _____

trovandosi in uno stato di bisogno che, al momento, gli preclude la possibilità di procurarsi ed acquistare generi alimentari e di prima necessità per sostenere il proprio nucleo familiare,

### CHIEDE

di poter accedere al beneficio del "Buono Spesa" di cui all'art. 1, comma 3, dell'Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020 e di cui al Decreto Legge 23/11/2020, n. 154 per l'acquisto di generi alimentari.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci,

### DICHIARA

che il proprio nucleo familiare **ANAGRAFICO** è il seguente:

NOMINATIVO (Nome e Cognome)	RAPPORTO DI PARENTELA (specificare coniuge/convivente/ figlio/a/madre/padre ecc..)	OCCUPAZIO NE (specificare tipo di occupazione)	REDDITO MENSILE PERCEPITO	
			REDDITO DA LAVORO media mensile ott. nov. dic. 2020) <sup>1</sup>	REDDITO DA PENSIONE media mensile ott. Nov. dic. 2020) <sup>2</sup>
A	C	D	E	F
Dichiarante				

<sup>1</sup> Dato dalla sommatoria, per ogni componente, delle entrate da Lavoro nei mesi di Ottobre, Novembre e Dicembre 2020 diviso 3

<sup>2</sup> Dato dalla sommatoria, per ogni componente, delle entrate da Pensioni nei mesi di Ottobre, Novembre e Dicembre 2020 diviso 3

(Ove richiesto barrare le voci che interessano):

- che la presente domanda è l'unica presentata per il nucleo familiare del richiedente;
  - che il proprio nucleo familiare percepisce un reddito medio complessivo mensile (**mesi di ottobre, novembre e dicembre 2020**) pari a € \_\_\_\_\_ come indicato nella tabella precedente (somma delle colonne E e F);
- che né il sottoscritto, e nessuno dei componenti il nucleo familiare, è titolare di uno o più depositi e conti correnti bancari e postali la cui giacenza sia sufficiente a sopperire al momento di bisogno;
- che nel nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_\_\_ soggetti in stato di disabilità e/o anziani in condizioni di disagio economico;
- di essere in una condizione di bisogno in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati da Governo, Regione e/o Comune, in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19 che hanno causato almeno una delle seguenti condizioni
- Titolari di partita IVA che abbia sospeso/ridotto la propria attività
  - Lavoratori con contratto di prestazione occasionale, lavoro stagionale, lavoro a intermittenza che abbiano sospeso/ridotto la propria attività
  - Lavoratori dipendenti in cassa integrazione a seguito dell'emergenza sanitaria
  - Disoccupati a seguito dell'emergenza sanitaria
  - Soggetti privi di reddito e altre forme di sostegno pubblico
- che il sottoscritto e/o gli altri componenti del nucleo familiare **nei mesi di ottobre, novembre e dicembre 2020**:
- Non percepiamo altri sostegni pubblici
  - Percepiamo il Reddito o la Pensione di Cittadinanza € \_\_\_\_\_ mensili
  - Percepiamo contributo REI € \_\_\_\_\_ mensili
  - Percepiamo contributo NASPI € \_\_\_\_\_ mensili
  - Percepiamo Cassa Integrazione Guadagni € \_\_\_\_\_ mensili
  - Percepiamo altre forme di aiuto pubblico € \_\_\_\_\_ mensili
- che il sottoscritto, e/o gli altri componenti del nucleo familiare, hanno sostenuto **nei mesi di ottobre, novembre e dicembre 2020** i seguenti costi fissi di affitto, luce, acqua, mutuo e gas pari a € \_\_\_\_\_<sup>3</sup>:

Eventuali note: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto. I dati richiesti, che non rappresentano in alcun modo motivi di esclusione, sono necessari ai fini di dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici, finalizzata all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare.

Non verranno accolte le domande presentate da soggetti privi dei requisiti previsti dal presente bando o **prive di sottoscrizione**. Relativamente al reddito posseduto **non saranno ammessi al beneficio** i richiedenti che dichiarano emolumenti economici percepiti (comprensivi di tutte le entrate escluso l'indennità di accompagnamento, l'invalidità civile e al netto dei costi fissi sostenuti quali: acqua, luce, gas, affitto e mutuo)

<sup>3</sup> Inserire l'importo complessivo dato dalla sommatoria dei costi di ottobre, novembre e dicembre 2020

del nucleo familiare anagrafico, per ciascun mese ottobre, novembre e dicembre 2020, **pari o superiore a € 600,00 maggiorato di € 200,00 per ogni figlio o persona del nucleo familiare anagrafico a carico** <sup>4</sup>.

### INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

I dati richiesti sono raccolti per le finalità inerenti alla presente procedura di acquisizione. Il conferimento dei dati richiesti ha natura obbligatoria. I dati raccolti potranno essere oggetto di comunicazione:

- alla guardia di Finanza e, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).
- alla ditta DAY Ristoservice incaricata del servizio di ricariche Welfare su tessera sanitaria
- Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.
- I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.
- I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.
- Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti, anche informatici, idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza. I diritti spettanti sono quelli previsti dal regolamento UE 679/2016.

**Con la sottoscrizione della presente si presta esplicito consenso al trattamento dei dati personali forniti.**

Bosa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma del dichiarante*

Allego, come previsto dall'art. 38 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità (art. 35 del predetto D.P.R.).

**La presente istanza deve essere trasmessa entro il 31.01.2021 alla mail:**

***solidarieta.alimentare@comune.bosa.or.it***

N.B.: Il Comune di Bosa di riserva la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati, procedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia alle autorità competenti ai sensi della normativa vigente.

### SPAZIO RISERVATO AI SERVIZI SOCIALI

Acquisiti i seguenti documenti:

1. Visura relativa allo stato di famiglia anagrafico n. \_\_\_\_\_
2. Situazione economica media mensile pari a € \_\_\_\_\_
3. Documenti relativi ad altri contributi comunali \_\_\_\_\_

Viene ammesso al buono spesa per un importo di € \_\_\_\_\_

Viene escluso dal buono spesa per i seguenti motivi:

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

Bosa, \_\_\_\_\_ L'operatore del Servizio Sociale \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Es: un nucleo familiare composto da marito lavoratore, coniuge NON lavoratore e due figli a carico l'importo degli emolumenti percepiti mensili non deve essere superiore a 1.200,00 euro.