**Al Comune di Recale**

 **Ufficio Servizi Sociali**

 **P.zza Vestini**

**Pec:** *comunerecale@pec.it*

|  |  |
| --- | --- |
| **OGGETTO***:* | **RICHIESTA BUONO SPESA EMERGENZA COVID (OCDPC N. 658 DEL 29/03/2020) - AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'****(resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000)** |

Il/Lasottoscritto/a..................................................................................................................................................

Nato/a a ................................................................................................................. il ..........................................

C.F. .......................................................... residente nel Comune di **Recale**

in Via/Piazza ...................................................................... n. .................... tel. ................................................

**CHIEDE**

che gli/le sia concesso **il buono spesa per l’emergenza epidemiologica CODID 19** previsto dall’OCDPC n. 658 del 29/03/2020, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole di decadere dal beneficio e di incorrere in responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

**DICHIARA**

che il proprio nucleo familiare ha le seguenti caratteristiche:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Presenza di soggetti già assegnatari di forma di sostegno al reddito pubblico fino a 600 euro/mese (RDC, pensione di cittadinanza, reddito di emergenza, NASPI, cassa integrazione) [[1]](#footnote-1) | Tipo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Importo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. di essere residente nel Comune **di RECALE**
2. che la famiglia (compreso il dichiarante), come risulta dallo stato di famiglia anagrafico, è composta da:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Luogo e Data di nascita** | **Grado di parentela** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Di cui disabili n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Di cui minori n \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Che il proprio nucleo familiare versa in gravi difficoltà economiche, senza alcun reddito disponibile e/o con un reddito mensile attuale (specificare la tipologia ……………………. ……………………..………..) pari ad un importo di € ………………………………;
2. che ha preso visione del disciplinare di attuazione delle misure di cui all’OCDPC 658 del 29/03/2020;
3. di voler spendere il buono spesa assegnato presso gli esercizi commerciali aderenti all’iniziativa a seguito di partecipazione ad avviso pubblico ed individuabili sul sito internet comunale[[2]](#footnote-2) per l’acquisto di beni alimentari, c/on esclusione di alcoli e superalcolici, o di prodotti di prima necessità (lett. b, comma 4, art.2 ordinanza C.D.P.C. n. 658/2020) sempre nell’ambito alimentare e di igiene personale;
4. di voler spendere l’intera somma presso: (barrare la casella scelta)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Farmacia Gadola** **Di Gadola Paolo S.A.S.** | **Russo Market di Russo Mario** | **Pellicano Minimarket** **Di Giovanni Pasquale** |  |
| **Spesanova**  **Sorbo sas** | **Pescheria** **Le Delizie del Mare** | **Supermercato – La Vela****GBR Center** | **Macelleria****Maietta Joseph** |
| **Detersud** **di M. Mastroianni** | **Macelleria la Torre** **Top Beef Di Stellato Antimo & C. Sas** | **Pharmasanitaria Marysan** **Di Guida Giovanna** |  |

1. oppure voler dividere in parti uguali la somma presso i due esercenti commerciali di seguito identificati:

(barrare le caselle scelte - massimo due)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Farmacia Gadola** **Di Gadola Paolo S.A.S.** | **Russo Market di Russo Mario** | **Pellicano Minimarket** **Di Giovanni Pasquale** |  |
| **Spesanova**  **Sorbo sas** | **Pescheria** **Le Delizie del Mare** | **Supermercato – La Vela****GBR Center** | **Macelleria****Maietta Joseph** |
| **Detersud** **di M. Mastroianni** | **Macelleria la Torre** **Top Beef Di Stellato Antimo & C. Sas** | **Pharmasanitaria Marysan** **Di Guida Giovanna** |  |

1. di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di falsa dichiarazione ai sensi dell’art. 76 del DPR 445/2000 e dell’obbligo di restituzione del contributo indebitamente percepito;
2. di prendere atto che le informazioni all’uopo riportate saranno disciplinate nell’osservanza del Codice della Privacy varato con D. Lgs. N. 196/03 e s.m.i.;
3. di essere informato del fatto che, sottoscrivendo la presente:

 Autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. letto alla luce del Regolamento U.E. 2016/679;

 Autorizza il Comune a fornire i propri nominativi, indirizzo, recapiti, ai soggetti di cui al Disciplinare di attuazione delle misure di cui all’OCDPC, per le finalità di cui all’oggetto;

 Autorizza il Comune ad inviare la presente richiesta agli enti e/o alle autorità competenti per i controlli sulle dichiarazioni fatte;

 E’ consapevole che le false dichiarazioni saranno perseguite in sede penale e civile, con l’aggravante di essere state commesse in un momento di emergenza sanitaria;

 Autorizza il Comune ad effettuare eventuali controlli;

 E’ consapevole che non possono presentare richiesta di buoni spesa ulteriori componenti della medesima famiglia*.*

Recale lì ..................................................................

 Firma

 ....................................................

**Modalità di apposizione della firma**

[ ]  Allega copia fotostatica di un documento di riconoscimento

Oppure

[ ]  La firma del dichiarante viene apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione. Modalità di

identificazione ................................................................................

Recale lì ..........................................

 Il dipendente addetto ...............................................

1. questa tipologia di soggetti viene collocata in graduatoria successivamente a coloro che sono privi di qualsiasi sostegno al reddito pubblico, tenendo conto dei criteri di cui alle lettere da a) fino a d) [↑](#footnote-ref-1)
2. In caso di mancata indicazione, l’esercizio sarà individuato dal Comune in base al criterio di maggior vicinanza alla propria residenza. [↑](#footnote-ref-2)