



CITTA' di

San Marco Argentano

Provincia di Cosenza

Allegato A)

Richiesta sostegno Emergenza COVID-19

dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Al Comune di San Marco Argentano

Mail: ufficioprotocollo.sanmarcoargentano@asmepec.it

Il/la sottoscritt_/_ C.F._____

Nato/a a _____ (____)
il____/____/____,

residente a _____ (____) in via via/piazza_____ n°

Recapito telefonico_____ con la presente

CHIEDE

di usufruire del buono spesa corrispettivo multiuso, una tantum previsto dall'ordinanza del Dipartimento della Protezione Civile n 658 del 29.03.2020 per far fronte alle esigenze alimentari del proprio nucleo familiare composto dalle seguenti persone:

(indicare nome e cognome e data di nascita e grado di parentela e eventuale grado di invalidità)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

A tale scopo, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,



CITTA' di

San Marco Argentano

Provincia di Cosenza

DICHIARA

- ☐ Che il nucleo familiare è composto esclusivamente dal richiedente;
- ☐ di non usufruire di reddito assistenziale (cittadinanza/inclusivo/REI, NASPI, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)
- ☐ di usufruire di reddito assistenziale (cittadinanza/inclusivo/REI, NASPI, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)
indicare quale _____ importo €. _____;
- ☐ Che è / non è proprietario di immobili;
- ☐ Di pagare canone di locazione ad uso abitativo;
- ☐ Che il nucleo familiare non gode di patrimonio finanziario disponibile (conto corrente/bancario/postale) superiore ad €. 3.000;
- ☐ Che nessuno dei componenti il nucleo familiare ha presentato istanza per ottenere il medesimo beneficio;
- ☐ Che il nucleo familiare è già in carico ai servizi sociali per situazioni di criticità, fragilità, multiproblematicità;
- ☐ Di avere nel proprio nucleo familiare n. ____ figli minori fino a 12 anni;
- ☐ Di avere nel proprio nucleo un componente con invalidità accertata da struttura pubblica, superiore al 74%;
- ☐ di essere capo famiglia e tutti i componenti in situazione di temporanea difficoltà a seguito dell'emergenza Covid-19 per i seguenti motivi:
 - chiusura o sospensione di attività lavorativa, propria o svolta in qualità di dipendente e non aver ancora ottenuto ammortizzatori sociali o non poter accedere a forme di ammortizzatori sociali;
- ☐ Altro _____

(Barrare a pena di esclusione la casella di interesse)

Allega, a pena di irricevibilità dell'istanza, un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.

Luogo, _____

Firma del dichiarante

(per esteso e leggibile)

N.B.: I beneficiari, dopo istruttoria delle istanze pervenute, saranno contattati telefonicamente per il ritiro dei buoni presso l'ufficio indicato.



CITTA' di

San Marco Argentano

Provincia di Cosenza

***DICHIARAZIONI MENDACI SARANNO OGGETTO DI DEFERIMENTO
ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA.***

Ai sensi del D. Lgs. 101/2018 e del Regolamento UE n° 679/2016, si informa che i dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati e utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali ad esso collegate.