

All'Ufficio Servizi Sociali  
COMUNE DI LESINA (FG)  
Piazza Aldo Moro n. 1  
71010 Lesina (FG)

Trasmessa via mail **a.leone@comunelesina.it**

Trasmessa via pec **comunelesina@pec.it**

Trasmessa a mano **al protocollo comunale**

### **EMERGENZA COVID- RICHIESTA DI ACCESSO BUONI SPESA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente in LESINA (Fg) alla via \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_  
Indirizzo mail: \_\_\_\_\_

TIPO DOCUMENTO RICONOSCIMENTO \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ RILASCIATO  
IL \_\_\_\_\_ DA \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di poter accedere al beneficio di buoni spesa di cui alla *DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE PUGLIA N. 788/2020 E DELL'ART. 2 DEL DECRETO 23 NOVEMBRE 2020, N. 154 "RISTORI TER"*, in quanto impossibilitato ad approvvigionarsi di beni di prima necessità, a causa del venir meno della fonte abituale di reddito.

A tal fine, consapevole delle conseguenze penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000:

**DICHIARA, PER SE E PER TUTTI I COMPONENTI DEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE**

***campo obbligatorio*** (barrare la casella di interesse)

**1.** di trovarsi nella seguente condizione di bisogno, in conseguenza delle restrizioni imposte dai

provvedimenti adottati dal Governo in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19:

- la perdita del lavoro/riduzione dell'orario di lavoro;
- il contratto di lavoro a tempo determinato non rinnovato;
- la sospensione/cessazione dell'attività lavorativa autonoma;
- l'infortunio o il decesso di un componente familiare che concorrevva al reddito del nucleo.

Precisa che:

- lavorava presso \_\_\_\_\_, con la mansione di \_\_\_\_\_ e che il rapporto di lavoro si è interrotto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- ovvero di lavorare presso \_\_\_\_\_, con la mansione di \_\_\_\_\_ e che il rapporto di lavoro ha subito una riduzione di orario e/o di entrate dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- un componente familiare \_\_\_\_\_ che concorrevva al reddito del nucleo è deceduto o ha subito infortunio in data \_\_\_\_\_ e pertanto è venuta meno la fonte abituale di reddito.

**2.campo obbligatorio** che il nucleo familiare è così composto conformemente a quanto risultante dallo stato di famiglia:

**(le dichiarazioni difformi della composizione anagrafica del nucleo familiare RESIDENTE costituiranno motivo di esclusione):**

		COGNOME NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA
1.	<b>Dichiarante</b>		
2.	<b>Coniuge</b>		
3.	<b>Figlio/a</b>		
4.	<b>Figlio/a</b>		
5.	<b>Figlio/a</b>		
6.	<b>Figlio/a</b>		
7.	<b>Figlio/a</b>		
8.	<b>Altra persona nel nucleo familiare</b>		
9.	<b>Altra persona nel nucleo familiare</b>		

**3. \*campo obbligatorio** (barrare la casella di interesse)

che nessun componente il proprio nucleo familiare è percettore di entrate ad ogni titolo, ivi compresi depositi bancari o postali non immediatamente utilizzabili;

oppure

uno o più **dei seguenti componenti** il nucleo familiare è percettore delle seguenti entrate e/o titolare dei seguenti depositi bancari o postali

<b>Cognome e Nome</b>	<b>Tipologia entrata</b> (es. stipendio, canone di locazione, giacenza libretto postale e/o conto corrente, etc.)	<b>Importo</b>

**4. \*campo obbligatorio** (barrare la casella di interesse)

nessuno **dei componenti** il nucleo familiare beneficia di altre forme di sostegno al reddito erogati da Enti Pubblici (*Reddito di Cittadinanza, Reddito di Dignità, Reddito di Inclusione, NASPI –Indennità di disoccupazione- Cassa Integrazione, Indennità figli minori, Indennità di frequenza, Social Card, Pensione di Anzianità, Pensione di invalidità –con o senza Accompagnamento- Altri ammortizzatori sociali...*),

oppure

uno o più **dei seguenti componenti** il nucleo familiare beneficia di altre forme di sostegno al reddito erogati da Enti Pubblici (*Reddito di Cittadinanza, Reddito di Dignità, Reddito di Inclusione, NASPI –Indennità di disoccupazione- Cassa Integrazione, Indennità figli minori, Indennità di frequenza, Social Card, Pensione di Anzianità, Pensione di invalidità –con o senza Accompagnamento- Altri ammortizzatori sociali...*)

<b>Cognome e Nome</b>	<b>Tipologia beneficio</b>	<b>Importo mensile</b>

di essere consapevole che la presentazione della presente istanza non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto;

di essere consapevole che l'istanza sarà trasmessa alla Guardia di Finanza per i dovuti controlli e che le dichiarazioni mendaci saranno punite ai sensi di legge;

**di essere consapevole che l'istanza inesatta o incompleta, le dichiarazioni obbligatorie non barrate, la mancata sottoscrizione dell'istanza da parte di tutti i soggetti maggiorenni presenti nel nucleo familiare e l' assenza del documento di riconoscimento COSTITUISCONO AUTOMATICA ESCLUSIONE DAL BENEFICIO.**

Si allega copia di documento di riconoscimento in corso di validità e se cittadino straniero, un titolo di soggiorno in corso di validità oppure convocazione ricevuta dalla Questura relativa al ritiro del permesso di soggiorno.

Lesina, \_\_\_\_\_

**\*campo obbligatorio** Firma del dichiarante e di TUTTI i soggetti maggiorenni presenti nel nucleo familiare:

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

**N. B. LE DOMANDE NON SOTTOSCRITTE DA TUTTI I COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE VERRANNO ESCLUSE**

*Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza il Comune di Lesina al trattamento dei propri dati personali, esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all'art. 13 del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali " e dall'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).*