



# ASP SAN VINCENZO DE' PAOLI

Civitella di R. – Galeata – Premilcuore – Santa Sofia

Ai servizi sociali dell'Asp

**Oggetto: richiesta BUONO SPESA (Emergenza COVID 19) – Fondo Solidarietà Alimentare**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, nel Comune  
di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Attualmente residente a Premilcuore (FC) in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ (campo  
obbligatorio)

**Codice Fiscale (campo obbligatorio):**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Indirizzo** \_\_\_\_\_ **E**  
**Mail.** \_\_\_\_\_

**inoltro domanda al fine di ottenere un BUONO SPESA (Emergenza COVID 19) – Fondo Solidarietà Alimentare erogato dal Comune di residenza**

**A TAL FINE** - consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del DPR 445/2000) – **dichiaro** di essere alla data odierna in possesso dei seguenti requisiti:

**[Dichiarazione sostitutiva di certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 46 del DPR 445 del 2000 e s.m.i.]**

**(Barrare con una crocetta le ipotesi che ricorrono nel caso specifico. Compilare tutto)**

- di aver letto e compreso il Bando** per l'erogazione dei "Buoni Spesa" in oggetto e di aver piena conoscenza delle modalità di erogazione e di utilizzo dei "Buoni Spesa" previsti dal Bando
- che il mio nucleo familiare dispone di un **patrimonio mobiliare** (depositi e conti correnti)

bancari o postali e altre forme di risparmio o investimento di qualunque natura) di importo complessivo **inferiore o uguale a euro 5.000,00 alla data del 31 marzo 2021**, come risulta dalla documentazione allegata

- di avere un **indicatore ISEE** familiare (ordinario o corrente) risultante dall'attestazione ISEE 2021 in corso di validità **non superiore a 15.000 euro** che il mio nucleo familiare si trova in situazione di grave difficoltà economica derivante dall'emergenza sanitaria COVID-19 a causa della **perdita del lavoro dipendente o autonomo** come di seguito dettagliato.
- che il nucleo familiare**, così come risulta dallo stato di famiglia anagrafico, è costituito alla data odierna da **complessivamente n. \_\_\_\_\_ componenti, dei quali:**
- minorenni n. \_\_\_\_\_.                       disabili (invalidità dal 67%) n. \_\_\_\_\_
- di essere in una delle condizioni sotto descritte** (obbligo di barrare almeno una delle condizioni indicate):
- sospensione dell'attività** commerciale a causa dell'emergenza Covid-19; artigianale e/o professionale, avente la seguente denominazione
- \_\_\_\_\_
- Specificare il tipo di attività (es. ristorante; bar; ecc.).\_\_\_\_\_;
- sospensione del rapporto di lavoro subordinato** a causa dell'emergenza Covid-19 con la ditta/azienda/agenzia di lavoro interinale avente la seguente **denominazione**.\_\_\_\_\_, attiva nel seguente **settore (es. commercio; ristorazione; ecc.)** \_\_\_\_\_
- senza godimento di ammortizzatori sociali
- Oppure indicare l'importo della cassa integrazione se percepita € \_\_\_\_\_
- di essere disoccupato** a causa dell'emergenza Covid-19 non già assegnatario di alcun sostegno pubblico;
- di essere in stato di bisogno per altri motivi** (specificare quali)\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- di NON essere attualmente beneficiario** di altre forme di sostegno pubblico, (riferito al nucleo familiare) a titolo esemplificativo: Reddito di Cittadinanza (Legge 26 del 2019); ammortizzatori sociali; ecc. (crocettare se ricorre il caso)
- di essere attualmente beneficiario** di altre forme di sostegno pubblico, (riferito al nucleo familiare) a titolo esemplificativo: Reddito di Cittadinanza (Legge 26 del 2019); ammortizzatori sociali nella misura di \_\_\_\_\_;
- che a seguito delle misure (nazionali e regionali) adottate in relazione al contrasto della diffusione del virus COVID-19 si è registrata una significativa diminuzione e il reddito familiare NETTO mensile dal mese di MARZO 2021 è stato pari a €.\_\_\_\_\_;
- che il saldo dei conti correnti/depositi bancari/titoli al 31/03/2021 di tutto il nucleo familiare è di €.\_\_\_\_\_ (obbligatorio da documentare);

- vengono sostenute mensilmente spese certe per locazione e prestiti personali e per l'attività, per un totale di € \_\_\_\_\_ (obbligatorio da documentare);
- che il numero degli attuali componenti il nucleo familiare occupati o pensionati sono: n. \_\_\_\_\_
- di aver beneficiato del buono spesa del precedente avviso, ma di trovarmi ancora in stato di bisogno;
- Si impegna a tenere a disposizione, per successivi controlli, gli scontrini fiscali comprovanti l'adeguato utilizzo dei buoni spesa eventualmente assegnati.

### **INOLTRE DICHIARO**

di autorizzare l'Asp San Vincenzo de'Paoli, altri soggetti terzi e i CAF con esso convenzionati al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, ai soli fini della domanda in questione, ai sensi del D.Lgs. 196 del 2003 e del DGPR 2016/679. Titolare: Azienda San Vincenzo de'Paoli, Via Unità D'Italia n.47 -47018 Santa Sofia (FC) - pec: info@pec.asp-sanvincenzodepaoli.it.

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA (leggibile)**

\_\_\_\_\_

### **ALLEGRO i seguenti DOCUMENTI OBBLIGATORI a pena di esclusione dal bando:**

1. copia di un documento di identità in corso di validità;
2. ISEE Ordinario o Corrente 2021;
3. saldo conto corrente di tutti i componenti del nucleo familiare al 31/03/2021;
4. documentazione adeguata in grado di dimostrare la sensibile riduzione del reddito netto disponibile del nucleo familiare

Modulo di domanda da inviare prioritariamente via posta elettronica al seguente indirizzo:

[COVID19@asp-sanvincenzodepaoli.it](mailto:COVID19@asp-sanvincenzodepaoli.it) oppure presso il Comune di Galeata negli orari di apertura dello sportello sociale ( giovedì ore 8.30/12.30 previo appuntamento tel:3381599077).

---

**SPAZIO PER LA COMMISSIONE (NON COMPILARE)**

Valutazione \_\_\_\_\_

Importo concesso \_\_\_\_\_