*RIAPERTURA TERMINI AVVISO PUBBLICO “POZZUOLI AIUTA 4”*

EMERGENZA COVID-19 *Autocertificazione per Buono Spesa*

Il/la sottoscritto/a nato/a a il residente in Pozzuoli, alla Via/Piazza con recapito telefonico fisso cellulare Codice Fiscale mail

con nucleo familiare composto da n° \_\_\_\_\_ persone, di cui n° \_\_\_\_\_\_ minori

**IN QUALITÀ DI INTESTATARIO DELLA SCHEDA ANAGRAFICA,**

**AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **di aver già beneficiato del *buono spesa Covid* erogato dal Comune**   * **se SÌ, intestato e rilasciato a favore di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **SÌ** | **NO** |
| **è in condizione di riconosciuta indigenza in quanto Beneficiario del Pacco Alimentare**  **se SÌ, richiesto da: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **SÌ** | **NO** |
| **è in condizione di riconosciuta indigenza in quanto Beneficiario di Contributi economici**   * **se SÌ, richiesto da:** | **SÌ** | **NO** |
| è in condizione di indigenza in quanto (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **SÌ** | **NO** |
| È stato percettore di redditi nel mese di OTTOBRE 2021, se SÌ, compilare la seguente tabella | **SÌ** | **NO** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **RAPPORTO DI PARENTELA CON INTESTATARIO SCHEDA** | **DATA DI NASCITA** | **CODICE FISCALE** | **TIPOLOGIA DI REDDITO PERCEPITO\*** | **REDDITO PERCEPITO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTALE** | | | | |  |

\* ad es., Lavoro dipendente, lavoro autonomo, pensione (esclusa pensione di invalidità), reddito di cittadinanza, reddito di emergenza, ammortizzatori sociali (NASPI, Cassa integrazione, etc), Decreto *Legge Sostegni*, etc…….

# DICHIARA, INOLTRE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

**È IN CONDIZIONE DI PRECARIETÀ ECONOMICA PER UNO O PIÙ DEI SEGUENTI CASI**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Il Nucleo Familiare ha percepito un unico reddito nel mese di OTTOBRE 2021 rappresentato da**  **pensione minima sociale inferiore ad € 600,00 mensili** | **SÌ** | **NO** |
| **Unica fonte di reddito dell’intero Nucleo Familiare** | **SÌ** | **NO** |

**Uno o più componenti del Nucleo Familiare possiedono una rendita o un deposito bancario o postale:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **RAPPORTO DI PARENTELA CON INTESTATARIO SCHEDA** | **DATA DI NASCITA** | **CODICE FISCALE** | **TIPOLOGIA+** | **IMPORTO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTALE** | | | | |  |

+ ad es., Rendita Patrimoniale, Deposito Bancario, Deposito Postale, etc…………….

**Uno o più componenti del Nucleo Familiare sono attualmente in stato di disoccupazione per effetto dei provvedimenti restrittivi dettati dal contenimento dell’emergenza sanitaria:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **RAPPORTO DI PARENTELA CON INTESTATARIO SCHEDA** | **DATA NASCITA** | **CODICE FISCALE** | **DISOCCUPATO DAL** | **PRECEDENTEMENTE DIPENDENTE** | |
| **PRESSO** | **MANSIONE** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

# Il sottoscritto è consapevole delle conseguenze penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci (Legge 445/2000) e che comporteranno la decadenza del beneficio eventualmente conseguito.

# Consapevole altresì che, qualora risultasse beneficiario, l’autodichiarazione resa sarà trasmessa alla Guardia di Finanza per le verifiche e gli accertamenti di rito

**RICHIEDE LA CONCESSIONE DEL BENEFICIO DEL BUONO SPESA**

# e autorizza fin da ora il componente del NF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in quanto personalmente Impossibilitato per il seguente motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Pozzuoli, \_\_/\_\_ /2022 Il Richiedente

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) come modificato dal D. Lgs. 101/2018.

# Pozzuoli, \_\_/\_\_ /2022 Il Richiedente

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto ALLEGA documento di riconoscimento in corso di validità, ovvero, si impegna, sin d’ora, a presentarlo all’atto dell’eventuale ritiro dei buoni spesa.

IMPORTANTE: DOPO LA COMPILAZIONE DEI CAMPI OCCORRE STAMPARE IL MODELLO IN PDF ED INVIARLO A MEZZO MAIL ALL'INDIRIZZO contributicovid@comune.pozzuoli.na.it ALLEGANDO IL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO.

**SPAZIO RISERVATO ALL’UFFICIO**

**SCHEDA ANAGRAFICA n°\_\_\_\_\_\_**

**RITIRO BUONI**

# Ritira n. \_\_\_\_\_\_ buoni, da n° \_\_\_\_\_\_\_ a n° \_\_\_\_\_\_\_ per un importo complessivo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_,00

# Pozzuoli, \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_ Per ricevuta

# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_