***Spett.le Comune di Alessandria***

***mail buonispesa@cissaca.it***

***DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DI EROGAZIONE***

***DI SOSTEGNO ECONOMICO PER EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID 19***

*In attuazione della OCDPC n. 658 29/03/2020*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Documento di identità tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rilasciata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consapevole delle conseguenze penali in materia di false dichiarazioni e delle norme vigenti in materia di

autocertificazione

DICHIARA

1. Di essere di sesso ❒ M ❒ F e di nazionalità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Di essere nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Di essere residente in **ALESSANDRIA** Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_

Di trovarsi nella **seguente situazione emergenziale** Covid 19 ( es. interruzione attività lavorativa, assenza di reddito nell’ultimo uno/due mesi a causa Covid 19)

Descrivere sinteticamente la situazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Dichiara inoltre: (barrare le voci che interessano)

❒ di non possedere un patrimonio mobiliare superiore ad €. 6.000,00, incrementato di €. 2.000,00 per ogni componente del nucleo familiare successivo al primo, fino a un massimo di €.10.000,00,come prevosto dall’art. 5, comma 6 del DPCM 159/2013 (decreto ISEE);

❒ di non possedere beni immobili oltre la prima casa, residenza del nucleo familiare;

❒ di non aver percepito, nei primi tre mesi dell’anno in corso, un reddito familiare lordo complessivo superiore a quello indicato nella sottostante tabella, calcolato sulla scorta della retribuzione lorda al netto dei contributi previdenziali per i lavoratori dipendenti e come reddito netto dell’attività, determinato per cassa per i lavoratori autonomi (tale soglia di reddito è calcolata sulla base della soglia di povertà ISTAT per i comuni del Nord con popolazione tra 50.000 e 250.000 abitanti).

L’importo del contributo erogabile tramite voucher/buoni pasto è calcolato utilizzando la scala di equivalenza ISEE, sulla base di un contributo settimanale di € 50,00 a persona, arrotondato al fine di consentire l’erogazione di voucher/buoni pasto del valore di € 25,00 e multipli, come dettagliato nella tabella seguente:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numero componenti** | **Reddito massimo** | **Scala****equivalenza ISEE** | **Importo buono settimanale** | **Importo****buono settimanale arrotondato** |
| 1 | 2.385,00 | 1 | 50,00 | 50,00 |
| 2 | 3.321,00 | 1,57 | 78,75 | 75,00 |
| 3 | 4.200,00 | 2,04 | 102,00 | 100,00 |
| 4 | 5.085,00 | 2,46 | 123,00 | 125,00 |
| ≥5 | 5.889,00 | 2,85 | 142,50 | 150,00 |

❒ di non beneficiare di sostengo pubblico (RdC, ReI, Naspi, Indennità di Mobilità, Cassa Integrazione guadagni o altre forme di sostegno previste a livello regionale o comunale);

❒ di non essere percettore di aiuti economici a qualsiasi titolo percepiti

❒ di percepire aiuti economici nel corrente mese da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un importo non superiore a € 100 mensili

che i componenti del proprio nucleo familiare, oltre al/lla sottoscritto/a, sono i seguenti:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** | **Grado di parentela** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Dichiara la presenza di particolari condizioni che accrescono il livello di fragilità familiare ( presenza minori al di sotto di anni tre; intolleranze alimentari)

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

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

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

**A corredo della presente il sottoscritto dichiara altresì che tutti i componenti del proprio nucleo familiare rientrano nelle casistiche sopra indicate e di essere economicamente impossibilitato all’acquisto di generi di prima necessità.**

**A seguito dell’accettazione della domanda verranno indicate le modalità con cui si potrà beneficiare dei buoni spesa.**

Il sottoscritto dichiara inoltre:

di aver preso atto che i dati personali, verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 196/2003 – CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI e con la presente ne autorizza l’utilizzo.

Si precisa che le dichiarazioni sostitutive di certificazione dei requisiti, rilasciate dai richiedenti ai sensi del DPR 445/2000, potranno essere oggetto di controllo e verifiche con la collaborazione degli organi competenti.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega copia di un valido documento di riconoscimento.