

Spett.le
Comune di Castellazzo Bormida
Mail: elettorale@comunecastellazzobormida.it

La presente istanza deve essere presentata al seguente indirizzo e-mail: elettorale@comunecastellazzobormida.it. In caso di impossibilità contattare il n. di telefono 0131272830 per concordare la consegna.

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DI EROGAZIONE
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 _____

Carta Identità n° _____
scadenza _____

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

DICHIARA

1. Di essere di sesso _____ e di nazionalità _____

2. Di essere nato/a _____ Prov.(____) il _____

3. Di essere residente in _____ Via _____ n° _____

4. Di trovarsi nella seguente situazione emergenziale causata dall'edipemia da Covid 19 (a titolo esemplificativo: interruzione attività lavorativa, assenza di reddito nell'ultimo uno/due mesi a causa Covid 19) .

Descrivere brevemente la situazione: _____

Dichiara inoltre:

- **di trovarsi in stato di disoccupazione temporanea a seguito di emergenza Covid**
- **di non aver percepito complessivamente reddito da lavoro netto nel primo trimestre 2020 superiore a € 2.000,00;**

ovvero :

- **non avere percepito nel primo trimestre 2020 un reddito da lavoro netto superiore a € 3.000,00 (in tale caso il beneficio andrà ridotto del 15% - La percentuale di riduzione non si applica in caso di figli minori di anni tre o disabili);**
ovvero:
 - **non avere percepito nel primo trimestre 2020 un reddito da lavoro netto superiore a € 4.000,00 (in tale caso il beneficio andrà ridotto del 25% La percentuale di riduzione non si applica in caso di figli minori di anni tre o disabili);**
ovvero:
 - **non avere percepito nel primo trimestre 2020 un reddito da lavoro netto superiore a € 5.000,00 (in tale caso il beneficio andrà ridotto del 50% La percentuale di riduzione non si applica in caso di figli minori di anni 3 o disabili);**
- **di non avere sul proprio c/c bancario o postale importi superiori a 2.000,00 euro;**
- **di non essere percettore di ammortizzatori sociali;**
- **di non essere percettore di Reddito di Inclusione;**
OVVERO:
di percepire reddito di Inclusione inferiore a € 100,00 mensili;
- **di non essere percettore di Reddito di Cittadinanza;**
OVVERO:
di percepire Reddito di Cittadinanza inferiore a € 100,00 mensili
- **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 € 100,00 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

La presenza di particolari condizioni che accrescono il livello di fragilità familiare (presenza di minori al sotto di anni tre; intolleranze alimentari; disabilità): _____

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.

Tabella importi (da intendersi settimanali)

- . Di € 30,00 per famiglie di 1 componente;
- Di € 50,00 per famiglie di 2 componenti;
- Di € 70,00 per famiglie di 3 componenti;
- Di € 100,00 per famiglie di 4 componenti;
- Di € 120,00 per famiglie di 5 componenti o più.

Il beneficio massimo a nucleo familiare è stabilito in € 150,00 settimanali. A seguito dell'accettazione della domanda verranno indicate le modalità con cui si potrà beneficiare dei buoni spesa.

I soggetti ai quali i buoni saranno attribuiti hanno l'onere di conservare, fino alla fine del corrente anno, tutte le matrici dei buoni spesi allo scopo di consentire all'Ente i propri controlli sul corretto utilizzo dei buoni. Eventuali buoni smarriti NON saranno sostituiti.

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 _____

In caso di necessità di ausilio nella compilazione della domanda contattare dalle ore 9.00 alle ore 13.00. il sabato dalle ore 9.00 alle ore 12.30. il numero telefono 0131272830 - Dott.ssa Sara Pezza - Responsabile Servizi alla Persona del Comune di Castellazzo Bormida.

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. Conseguenze dichiarazione mendace: ai sensi dell'articolo 75 del testo unico, "qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera"

Si allega copia della carta d'identità del richiedente (scannerizzare ed allegare documento identità oppure inserire il numero carta identità o il numero del documento di riconoscimento)

Data _____

Firma _____