**COMUNE DI COGOLETO**

**-Paese natale di Cristoforo Colombo-**

**Città Metropolitana di Genova**

Via Rati 66 – Tel. 010/91701 – C.F. 80007570106 – P.I. 00845470103

**AL SIG. SINDACO**

**COMUNE DI COGOLETO**

**VIA RATI 66**

**COGOLETO**

Io/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n° \_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_recapito mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all’art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato

**Chiede, per il proprio nucleo familiare, di poter usufruire**

* di CARD BUONI ALIMENTARI come previsto dall’Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. n. 658 del 29 marzo 2020 e D.L. 23/11/2020 n. 154 utilizzabili per **l'acquisto di generi alimentari di prima necessità** esclusivamente presso gli esercizi commerciali abilitati con il circuito internazionale di accettazione carte Mastercard;

**A tal fine e sotto la propria responsabilità**

consapevole delle sanzioni penali previste dalla legge, nel caso di dichiarazioni mendaci - artt. 46, 48 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 “Norme in materia di dichiarazioni sostitutive”.

**DICHIARA**

1. che il proprio nucleo familiare è composta da:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **COGNOME** | **DATA DI NASCITA** | **PARENTELA** | **PROFESSIONE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. che a seguito dell’emergenza Covid-19 il nucleo si trova privo di reddito (o con un reddito gravemente inferiore);
2. che il reddito netto mensile del nucleo familiare di cui sopra, (comprensivo di eventuali trattamenti economici/assistenziali erogati a qualunque titolo da Enti Pubblici) percepito nel mese di **ottobre 2020**, ammonta ad Euro netto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
3. di non possedere case di proprietà fonte di reddito;
4. che il nucleo familiare richiedente abbia un **patrimonio mobiliare** **disponibile**, alla data del **31.10.2020**, inferiore ad euro 10.000, e precisamente pari ad euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (***RISPOSTA OBBLIGATORIA. Qualora non sussista tale condizione non risulta possibile inoltrare la richiesta****).*
5. che il nucleo familiare è in possesso di certificazione Isee in corso di validità pari ad euro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
6. di vivere:
	* In casa di proprietà con mutuo attivo
	* In affitto
	* In casa di proprietà
7. di p ossedere uno dei seguenti requisiti:

Essere lavoratori dipendenti di aziende private, le cui aziende abbiano ridotto, sospeso l’attività lavorativa a seguito delle restrizioni operanti dal 23 febbraio e successive modificazioni;

Essere lavoratori autonomi e liberi professionisti che in conseguenza delle disposizioni operanti dal 23 febbraio e successive modificazioni abbiano subito la chiusura o la restrizione della propria attività;

Essere lavoratori stagionali impossibilitati a riprendere il lavoro a seguito delle restrizioni operanti dal 23 febbraio e successive modificazioni;

Essere persone prive di reddito impossibilitate ad avviarsi ad attività lavorativa a seguito delle attuali restrizioni;

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;
* solo i seguenti componenti del proprio nucleo familiare rientrano nelle casistiche sopra indicate \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e di essere impossibilitato all’acquisto di beni di prima necessità;
1. di percepire:
	* ammortizzatori sociali (NASpI, ASDI, cassa integrazione ordinaria o straordinaria…) €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	* reddito di cittadinanza/REI € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
2. che nel nucleo familiare sono presenti:
	* persone disabili o in stato di non autosufficienza;
3. di essere a conoscenza che il buono spesa non dà diritto all’acquisto di alcolici, tabacchi, ricariche telefoniche, cosmetici, giochi, lotterie e prodotti in genere non rientranti fra i beni di prima necessità e non è cedibile, non dà diritto a resto ed ha una validità predefinita;
4. di essere consapevole che, al termine dell’emergenza potrà essere richiesta documentazione attestante quanto sopra dichiarato e che la presente dichiarazione verrà inviata alle autorità competenti per gli accertamenti opportuni;
5. di essere informato che la scadenza per presentare la presente richiesta **è il giorno GIOVEDì 24 DICEMBRE alle ore 12:00** e che pertanto le domande pervenute all’ufficio protocollo successivamente alle ore 12:00 di tale data non saranno prese in considerazione.

**SI RICORDA CHE LE PRESENTI DICHIARAZIONI POTRANNO ESSERE OGGETTO DI CONTROLLO, DA PARTE DELL’ENTE E DA PARTE DELLA GUARDIA DI FINANZA.**

Autorizzo il Comune di residenza al trattamento dei dati dichiarati nella presente domanda e nei limiti delle vigenti disposizioni di Legge

DATA FIRMA

**Allegati: allegare copia documento d’identità in corso di validità**

*Da compilare a cura dell’operatore:*

* + DOMANDA NON ACCOLTA
	+ DOMANDA ACCOLTA PER UN VALORE DI €
	+ CONSEGNATE CARD BUONI ALIMENTARI DAL N AL N
	+ CODICE IDENTIFICATIVO DEL NUCLEO BENEFICIARIO:

Firma beneficiario per avvenuta ricezione

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

Firma operatore

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