

UNIONE dei COMUNI dello SCRIVIA

Ambito Territoriale Sociale n. 37



Codice Utente

Riservato all'Ufficio

DOMANDA ACCESSO BUONI SPESA EMERGENZA COVID-19

Il/La sottoscritto/a _____, nat. il _____
a _____ residente in _____ (____), via _____
e domiciliato in _____ (____), via _____, identificato a mezzo
_____ nr. _____, rilasciato da _____
in data _____, in corso di validità, utenza telefonica _____, consapevole delle
sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o mendaci, così come stabilito dall'articolo 76
del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento
emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ex articolo 75 del medesimo D.P.R.;

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che il proprio nucleo familiare rientra tra i più esposti agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus COVID-19, e tra quelli in stato di bisogno, in quanto:

- composto da lavoratori dipendenti di aziende private, le cui aziende per periodi decorrenti dal 23 febbraio 2020, abbiano dovuto sospendere o ridurre l'attività lavorativa;
- composto da lavoratori autonomi e liberi professionisti (***che abbiano avuto un reddito sino a 35.000 € ovvero tra i tra 35 e 50.000 €, che hanno subito un calo di attività di almeno il 33%***) che in conseguenza delle disposizioni adottate dall'Autorità competente, **abbiano subito la chiusura o la restrizione della propria attività;**
- in stato di bisogno, in quanto persona priva di reddito impossibilitata ad avviarsi ad attività lavorativa a seguito delle attuali restrizioni;

A TAL FINE DICHIARA

- di essere residente nel Comune di _____
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

COGNOME E NOME	RAPPORTO PARENTELA	LUOGO E DATA DI NASCITA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

DICHIARA INOLTRE

a) che il reddito della famiglia è garantito da:

1. Cognome Nome Nato/a a (.....)
il Cod. Fisc. Stato civile:

Situazione lavorativa:

lavoratore autonomo/libero prof. dipendente altro (.....)

Luogo attività Codice ATECO

Azienda

2. Cognome Nome Nato/a a (.....)
il Cod. Fisc. Stato civile:

Azienda

Situazione lavorativa:

lavoratore autonomo/libero prof. dipendente altro (.....)

Luogo attività Codice ATECO

b) che nel nucleo familiare **SONO / NON SONO** presenti componenti assegnatari di altro sostegno pubblico (*RdC, Rei, altre forme di sostegno sociale previste a livello locale o regionale*);

c) **di essere a conoscenza**, che il buono non dà diritto all'acquisto di sostanze alcoliche, non è cedibile, non dà diritto a resto ed ha una validità predefinita (**scadenza entro il 31/01/2021**).

d) **di essere a conoscenza, che il buono rilasciato** deve essere utilizzato in uno degli esercizi commerciali inserito nell'apposito elenco pubblicato dal Comune di residenza. Resta inteso che è consigliato che la spesa venga effettuata nel posto più vicino possibile a casa e **garantendo la riduzione al minimo indispensabile degli spostamenti**.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

_____, _____ Firma _____

Titolare del trattamento dei dati è l'Unione dei Comuni dello Scrvia - In conformità all'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) ed all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., si informa che i dati acquisiti saranno trattati nel rispetto della normativa con la massima riservatezza e sicurezza.

_____, _____ Firma _____

AVVERTENZE

I Comuni di Busalla, Crocefieschi, Isola del Cantone, Ronco Scrvia e Vobbia, attraverso l'Unione dei Comuni dello Scrvia, si riservano di richiedere documentazione probatoria delle dichiarazioni sostitutive presentate, provvedendo alla revoca dei benefici della richiesta, il recupero di quanto concesso, e nel caso di procedere alla segnalazione all'Autorità Giudiziaria per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

Il/La sottoscritto/a _____, impossibilitato a ritirare il Buono Spesa/Voucher COVID 19, delego il Sig./Sig.ra _____ al ritiro dello stesso.

_____, _____ Firma _____