



CONDIZIONE NUCLEO FAMILIARE DEL RICHIEDENTE

- Disabili n. ....
- Invalidi civili n. ....

CHIEDE

L'assegnazione del buono spesa – emergenza covid-19 previsti dall'OCDP n. 658 2020 e dalla Regione Lazio.

L'assegnazione del buono spesa è finalizzata al seguente intervento (si possono barrare entrambe le voci):

- Acquisto generi alimentari
- Acquisto medicinali

IL SOTTOSCRITTO

.....

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 del D.P.R. 445/2000, CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI, NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE E FALSITA' NEGLI ATTI, RICHIAMATE DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445/2000, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

DICHIARA

*(barrare la voce che interessa)*

- Di trovarsi in una situazione di bisogno a causa dell'applicazione delle norme relative al contenimento dell'epidemia da Covid-19;
- Di essere cittadino italiano;
- Di essere cittadino di un Paese dell'U.E. diverso dall'Italia;
- Di essere cittadino di un paese non appartenente all'U.E., in possesso di regolare titolo di soggiorno in corso di validità;
- Di aver conseguito un reddito complessivo familiare (lordo) pari ad € ..... per l'anno 2019;
- Di essere in carico ai servizi sociali comunali o distrettuali;
- Di non essere in carico ai servizi sociali comunali o distrettuali;
- Di non essere beneficiario di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà erogati da Enti pubblici (reddito di cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale);
- Di percepire il sostegno al reddito (Reddito di cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale) nella misura di € ..... mensili con decorrenza dal mese di ..... anno .....

- Di abitare in casa di proprietà;
- Di corrispondere un canone di locazione per la casa di abitazione pari ad € .....;
- Di non avere disponibilità economiche, per se e/o proprio nucleo familiare su conti correnti postali, bancari, etc. complessivamente superiori ad € 3.000,00;

**DICHIARA INOLTRE**

Di essere a conoscenza che, in caso di accertamento di false dichiarazioni, il contributo non sarà concesso e si darà seguito alle opportune azioni sanzionatorie previste dalla legge, inclusa la decadenza da ogni ulteriore analogo beneficio;  
di aver preso conoscenza di tutto quanto previsto nell'ordinanza n. 658/2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri e nei provvedimenti regionali;

che tutte le comunicazioni siano inviate all'indirizzo in premessa indicato;

**La presente domanda potrà essere inviata entro l'11 aprile 2020 con le seguenti modalità:**

1. via mail : [anagrafe.mandela@gmail.com](mailto:anagrafe.mandela@gmail.com) (usando nell'oggetto: sostegnocovid19);
2. recapitate a mano presso il comune previo contatto telefonico dalle ore 10,00 alle 11,00;

Allega la seguente documentazione:

**Fotocopia documento di identità del sottoscrittore istanza;**

Autorizza il Comune di Mandela al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attribuzione beneficio in oggetto, ai sensi del Re. EU 2016/79.

DATA .....

Firma .....