

Al Sindaco
del Comune di Sant'Agata de'Goti
Mail :emergenzacovid19@comune.santagatadegoti.bn.it
PEC: protocollo.comune.santagatadegoti@pec.it

Oggetto: Contributo Buoni Spesa Alimentare Comunale. Anno 2021.

_____ l _____ sottoscritt _____
nato/a _____ il ____/____/____ residente in Via
_____ n° _____ Comune di Sant'Agata de'Goti (BN) Tel
* ____/____ (* obbligatorio) mail: _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

di poter accedere ai contributi di solidarietà alimentare mediante erogazione di BUONI SPESA COMUNALI;

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dagli artt. 75 e 76 del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci o di produzione di documenti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, sotto la propria responsabilità, e ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/00,

DICHIARA

- Di essere Cittadino italiano o comunitario e di essere residente nel Comune di Sant'Agata de'Goti;
- Di essere Cittadino extra comunitario, residente nel Comune di sant'Agata dei Goti alla data del 31/01/2020, ed essere titolare della carta di soggiorno e/o del permesso di soggiorno in corso di validità.
- che il valore ISEE del proprio nucleo familiare è di € _____, ____ (in caso di ISEE pari ad € 0,00 compilare l'Allegato 2).
- che il nucleo familiare è così composto:
Segnare con una X la casella cui corrisponde la propria situazione.
 - N.F. con 1 o 2 componenti con Redditi/Indennità mensile fino ad € 500,00;
 - N.F. con 3 o 4 componenti con Redditi/Indennità mensile fino ad € 900,00;
 - N.F. con 5 o più componenti con Redditi/Indennità mensile fino ad € 1.200,00.
- che nel nucleo familiare sono presenti n. _____ figli minori conviventi ed a carico;
- che nel proprio nucleo familiare vi sono n _____ persone disabili gravi ex art.3 comma 3 L.104/92 o invalidi civili al 100% (allegare copia della relativa certificazione);
- di essere, nel nucleo, l'unico richiedente il contributo;
- di appartenere a nucleo familiare mono-reddituali con attività lavorativa autonoma-artigiana-commercianti che ha subito una riduzione reddituale connessa alle limitazioni imposte dai vari DPCM adottati per contrattare la diffusione del virus Covid-19.
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

ID	Nome e Cognome	Luogo e data di nascita	Grado Di Parentela	Condizione Lavorativa
1			RICHIEDENTE	

2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

- dichiara altresì che le giacenze (bancari/postali/carte prepagate) complessivamente calcolate dei componenti il Nucleo familiare, eccetto sé intestati ai minori, non sono superiori a € 5.000,00 ovvero che il nucleo familiare non è in possesso di altri strumenti di deposito immediatamente smobilizzabili.
- Il sottoscritto dichiara che nel proprio nucleo familiare uno (o più componenti) sta effettuando terapia farmacologica per la cura del virus Covid-19, e pertanto chiede l'erogazione del voucher specifico per le spese farmaceutiche che si impegna a spendere esclusivamente presso le farmacie accreditate con il Comune di Sant'Agata dei Goti.

ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:

- Copia del documento d'identità in corso di validità del richiedente;
- Certificazione ISEE, in corso di validità per l'anno 2021;
- Allegato n. 2 - in caso di ISEE pari ad € 0,00;
- Copia della certificazione attestante il riconoscimento dell'invalidità civile al 100% e/o copia L. 104/92, se in possesso;
- Carta di soggiorno/permesso di soggiorno, ove richiesto;
- Informativa sulla privacy.
- Certificazione medica, su carta intestata di Servizio Pubblico/MMG, attestante la necessità di terapia farmacologica per problematiche legate al virus Covid-19 (solo per i richiedenti il Buono Spesa per cure mediche da Covid-19).

Sant'Agata de'Goti, lì ___/___/2021

Firma
