

- che il proprio nucleo familiare anagrafico è così composto:

| NOME | COGNOME | RELAZIONE PARENTELA | DATA DI NASCITA | CONDIZIONE LAVORATIVA OCCUPATO, DISOC. | PERCETTORE DI ENTRATE (SI-NO) | L. 104/92/inv.c. SI -NO |
|------|---------|---------------------|-----------------|--|-------------------------------|-------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

- che per il mese di marzo 2020 il nucleo familiare ha avuto entrate (da lavoro, da pensione, da rendite, da assegno di mantenimento), al netto delle imposte, di € _____;

oppure

- è in attesa di percepire in data _____ per il medesimo mese l'importo stimato di € _____;

- che nell'ultimo mese il proprio nucleo ha sostenuto la spesa complessiva di € _____ (inserire anche eventuali spese straordinarie che concorrono ad aggravare la situazione), di cui:

- € _____ per spese di affitto/mutuo per l'immobile in cui si risiede;

- che il proprio nucleo familiare, alla data della sottoscrizione, dispone di un patrimonio mobiliare (saldo bancario, postale, titoli, contanti e liquidità) che non supera:

- € 2000,00 in caso di nucleo familiare composto da 1 componente;
- € 3000,00 in caso di nucleo familiare composto da 2 componenti;
- € 4000,00 in caso di nucleo familiare composto da 3 componenti;
- € 5000,00 in caso di nucleo familiare composto da 4 componenti;
- € 6000,00 in caso di nucleo familiare composto da 5 componenti;
- € 7.000,00 in caso di nucleo familiare composto da 6 componenti;
- € 8.000,00 in caso di nucleo familiare composto da 7 o più componenti;

- che nessun componente il nucleo familiare è beneficiario di interventi economici erogati da enti pubblici

oppure

che il proprio nucleo familiare beneficia già dei seguenti interventi economici erogati da enti pubblici:

✓ ammortizzatori sociali (NASPI, ASDI, DIS-COLL..) o altri interventi di sostegno al reddito collegati all'emergenza epidemiologica COVID-19:

- tipologia intervento _____ importo mensilità di marzo 2020 €

✓ contributi economici comunali/regionali/statali:

- tipologia intervento _____ importo mensilità di marzo 2020 €

Dichiara inoltre di essere consapevole:

- che l'eventuale buono spesa che dovesse essere concesso a fronte della presente domanda **potrà essere utilizzato esclusivamente per l'acquisto di generi alimentari o prodotti di prima necessità, secondo le indicazioni di cui alle linee guida.**

- che il Comune procederà alla verifica della veridicità delle dichiarazioni rese, sulla base di sorteggio pari almeno al 5% delle stesse, ovvero in caso di legittimo sospetto di non veridicità delle dichiarazioni.

- dei criteri di assegnazione delle risorse messe a disposizione a tal fine dallo Stato, come indicate nella delibera dell'Assemblea dei Sindaci n. ____ del ____, approvata in giunta dall'ente gestore, Comune di Sacile n. _____ del _____ pubblicata sul sito istituzionale dell'Ente gestore.

__ sottoscritt__, in riferimento alle **norme europee e nazionali in materia di privacy**, presta il proprio **consenso al trattamento** dei dati e/o alla comunicazione dei medesimi ai fini istituzionali dell'Ente con particolare espresso riferimento ai dati sensibili, ai sensi degli artt. 20,21 e 22 del D.Lgs. 196/2003, ed anche a eventuali trattamenti dei dati personali riservati necessari per la gestione dei rapporti del Comune con altri enti, istituti pubblici e scientifici che sono stati espressamente incaricati al trattamento o perché l'Ente è sottoposto al controllo degli stessi o perché legato da rapporti amministrativi o tecnici o convenzionali (l'informativa è reperibile su sito istituzionale di ciascun ente)

Data __/__/__

firma _____

Allega alla presente copia del documento di identità _____ n. _____
rilasciato da _____ il __/__/__ con scadenza il __/__/__

Parte riservata all'ufficio

In relazione alla domanda di buoni spesa e alla conseguente dichiarazione prodotta dal richiedente, a conclusione di istruttoria:

si accoglie l'istanza per l'importo di € _____

non si accoglie l'istanza in quanto non soddisfa i criteri di urgenza e gravità determinatasi per effetto delle conseguenze dovute al COVID-19 per cui si necessita della misura urgente di solidarietà alimentare.

Note _____

_____, _____

LA REFERENTE DELL'UNITA' OPERATIVA
