

**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA BUONO SPESA
EMERGENZA COVID-19**

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI MIRANDA
comunedimiranda@pec.it

Il sottoscritto/a _____ Codice fiscale: _____
nato/a ad _____ il __/__/__, residente a _____, alla Via
_____ n. _____; email _____@_____;
PEC _____@_____; Telefono _____.

Visto quanto disposto dall'art. 53, comma 1, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73 “**fondo di solidarietà alimentare e di sostegno alle famiglie**;

CHIEDE

Di partecipare alla assegnazione dei “*buoni spesa*” alimentare ai sensi dell'art.1, comma 1 d.l.73/21 per se stesso e per il proprio nucleo familiare come sotto indicato.

A tale scopo, ai sensi del D.P.R. n. 445, consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

DICHIARA

di trovarsi nelle situazioni:

BARRARE le voci corrispondenti:

residenti nel Comune di Miranda al momento di presentazione della domanda;

VERSARE IN STATO DI GRAVE DISAGIO ECONOMICO, NELL'ANNO 2021 A SEGUITO DI (UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI):

perdita del posto di lavoro di almeno un componente del nucleo familiare;

mancato rinnovo di contratto a termine ad almeno un componente del nucleo familiare;

sospensione/cessazione di attività libero-professionali, autonoma o artigianale/commerciale individuale superiore a 30 giorni di almeno un componente del nucleo familiare;

assenza di reddito dovuta a mancanza di occupazione stabile;

malattia grave;

di non essere assegnatari, nel 2021, tutti i componenti adulti del nucleo familiare, di retribuzione di lavoro pubblico e privato, pensione, di sostegni pubblici quali il Reddito di Cittadinanza, NASPI, Indennità di Mobilità, Cassa Integrazione Guadagni;

di non essere in possesso di conti correnti bancari o postali superiori alla soglia di € 5.000,00 per nuclei fino a due persone, superiore alla soglia di € 7.000,00 per nuclei di più di due persone **alla data del 30 ottobre 2021.**

Che il proprio nucleo familiare risulta così composto:

N°	Generalità' (Nome e Cognome)	Nascita (Luogo e data)	Relazione di parentela
1	Nome _____ Cognome _____	Luogo _____ Data _____	Persona che compila la richiesta
2	Nome _____ Cognome _____	Luogo _____ Data _____	
3	Nome _____ Cognome _____	Luogo _____ Data _____	
4	Nome _____ Cognome _____	Luogo _____ Data _____	
5	Nome _____ Cognome _____	Luogo _____ Data _____	

– Che i seguenti componenti del nucleo familiare risultano essere in stato di disoccupazione:

Nome e Cognome	Dal

– Che l'ultima attività lavorativa svolta (anche saltuaria e/o occasionale) risale a _____;

– Che i seguenti componenti del nucleo familiare risultano essere studenti di scuola dell'obbligo/università

Nome e cognome	Scuola frequentata

Il dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni inerenti i dati indicati

Miranda li, ___ / ___ / _____.

Firma leggibile

AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI PRESENTI NELLA DICHIARAZIONE RESA AI SOLI FINI DELLA EVASIONE DELLA ISTANZA, AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N. 196 E DEL GDPR (REGOLAMENTO UE 2016/679).

Firma leggibile
