



# COMUNE DI CELLE DI SAN VITO

Provincia di Foggia

Via Roma 74 - Tel. 0881/972031 - Fax 0881/972714 - celledisanvito2@interfree.it - C.F. 80003290717

Modello di domanda per il buono spesa

Al Comune di Celle di San Vito  
Via Roma n. 74  
Celle di San Vito

**Oggetto: richiesta buono spesa emergenza COVID-19 (O.C.D.P.C. n. 658 del 29.03.2020)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ ..nato/a \_\_\_\_\_ il .....

C.F. \_\_\_\_\_, residente nel Comune di \_\_\_\_\_, alla

Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_,

email \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_,

## CHIEDE

che gli/le sia concesso il **buono spesa per l'emergenza epidemiologica COVID-19** previsto dall'O.C.D.P.C. n. 658 del 29.03.2020, e ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, sotto la propria responsabilità

## DICHIARA ED AUTOCERTIFICA

Di versare nelle seguenti condizioni:

ha perso il lavoro per licenziamento in data .....

non ha ottenuto il rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici, e, in particolare (*specificare il tipo di contratto non rinnovato*).....

ha subito malattia grave, handicap, decesso o infortunio di un componente del proprio nucleo familiare che ha comportato o la consistente riduzione del reddito complessivo del nucleo medesimo o la necessità dell'impiego di parte notevole del reddito per fronteggiare spese mediche e assistenziali (*dettagliare tale circostanza, se presente*).....

versa in ulteriori e diverse situazioni di stato di bisogno in quanto:

nucleo familiare con minori;

nucleo monogenitoriale privo di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori;

- presenza nel nucleo familiare di disabilità permanenti;
- nuclei familiari con situazioni di patologie che determinano una situazione di disagio socioeconomico;
- donna vittime di violenza;
- persone senza dimora.

**DICHIARA ALTRESI'**

1. di essere residente nel Comune di Celle di San Vito e di viverci stabilmente;
2. che la famiglia (compreso il dichiarante), come risulta dallo stato di famiglia anagrafico, è composta da:

Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela

3.  che nessuno del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico (reddito di cittadinanza, cassa integrazione - NASPI) -

ovvero

che i componenti del nucleo familiare fruiscono delle seguenti forme di sostegno pubblico:

.....  
 .....

*(indicare tipologia di sostegno pubblico e relativo ammontare)*

4 che

.....  
 .....

..... *(indicare eventuali, ulteriori motivazioni delle condizioni socio-economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione e dell'entità del contributo di sostegno pubblico)*

5. che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta presso altro Comune del sostegno di cui alla presente domanda;
6. che ha preso visione del disciplinare di attuazione delle misure di cui all' O.C.D.P.C. n. 658
7. di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di falsa dichiarazione ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e dell'obbligo di restituzione del contributo indebitamente percepito.

Celle di San Vito .....

Firma

.....

Si allega copia fotostatica di un documento di riconoscimento in corso di validità.