



**C O M U N E D I D I S O**

c.a.p. 73030 PROVINCIA DI LECCE C.F. 81 001 510 759



www.comune.diso.le.it

### DOMANDA

### INTERVENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE SUL TERRITORIO ATTRAVERSO BUONI SPESA PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI PRESSO GLI ESERCIZI COMMERCIALI

Spett.le

**COMUNE DI DISO**  
Piazza Municipio n. 16  
73030 DISO (Le)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via/Piazza

\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_, ai sensi dell'avviso del Comune di Diso per l'individuazione dei beneficiari dei contributi previsti nell'ambito delle misure di solidarietà alimentare di cui all'Ordinanza n. 658 del 29.03.2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri

### CHIEDE

di essere ammesso ai benefici economici a sostegno dei soggetti più esposti agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus COVID-19.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di affermazioni false o contenenti dati non veritieri e falsità negli atti, richiamate dal D.P.R. n. 445/2000,

### DICHIARA

- a) di avere la residenza anagrafica nel Comune di Diso, in Via/Piazza \_\_\_\_\_;
- b) di trovarsi in stato di bisogno a causa della situazione economica determinatasi per effetto dell'emergenza epidemiologica;
- c)  di non essere percettore di altre forme di sostegno pubblico al reddito, ovvero,
- d)  di essere percettore di altre forme di sostegno pubblico al reddito per l'importo complessivo mensile di € \_\_\_\_\_ a titolo di (indicare la tipologia di sostegno in godimento) \_\_\_\_\_;

e) che il proprio nucleo familiare anagrafico è così composto (in aggiunta al dichiarante):

N	Cognome e nome (indicare se trattasi di persona con handicap ed anche la tipologia)	Parentela	Data e luogo di nascita	Importo di eventuali altre forme di sostegno pubblico al reddito

f) di non essere fiscalmente a carico di nuclei familiari che non necessitano dei contributi di cui all'avviso di cui trattasi.

g) che nel proprio nucleo familiare nessuno possiede risparmi o depositi bancari e/o postali di importo superiore ad euro 6.000,00, incrementato di euro 1000,00 per ogni altro componente il nucleo familiare, ovvero di euro 1.500,00 per ogni figlio minore o portatore di handicap facente parte del nucleo familiare medesimo.

Dichiara, infine, con riferimento alle priorità per l'attribuzione dei buoni, di appartenere ad una delle seguenti categorie: (barrare la categoria di appartenenza)

nucleo familiare privo di qualsiasi reddito e/o copertura assistenziale.

nucleo familiare in carico ai servizi sociali, non beneficiario di forme di sostegno pubblico al reddito;

nucleo familiare monoreddito, derivante da lavoro dipendente, il cui datore di lavoro ha richiesto ammissione al trattamento di sostegno al reddito a zero ore ai sensi del DL 18/2020; nucleo familiare che non è titolare di alcun reddito o nucleo familiare monoreddito, derivante da attività autonoma, il cui titolare dell'attività ha richiesto il trattamento di sostegno al reddito ai sensi del DL 18/2020;

nucleo familiare monoreddito derivante da lavoro dipendente il cui datore di lavoro ha richiesto l'ammissione al trattamento di sostegno al reddito ai sensi del DL 18/2020 a ridotto l'orario di lavoro;

nucleo familiare o soggetto, beneficiario di forme di sostegno pubblico al reddito (quali, a titolo esemplificativo, Reddito di Cittadinanza, REI, NASPI, Indennità di mobilità, Cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale).

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere a conoscenza che:

- l'Amministrazione Comunale si riserva, di concerto con le autorità competenti, di verificare la sussistenza dei requisiti di partecipazione alla procedura, anche mediante indagini a campione;
- in caso di dichiarazioni mendaci, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, è prevista la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti;
- il Responsabile del Settore I - Amministrazione Generale del Comune di Diso, con proprio provvedimento, può revocare i benefici concessi in caso di accertate variazioni nelle condizioni autocertificate in fase di richiesta del beneficio e di accertato improprio utilizzo dei buoni spesa;
- i buoni spesa concessi saranno cumulabili, personali (utilizzabili esclusivamente dal titolare o da un membro del nucleo familiare), non trasferibili, non convertibili in denaro contante.

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione Comunale al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati - Reg. (UE) n. 2016/679;

L'indirizzo al quale inviare tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura è il seguente *(solo se diverso dalla residenza sopra indicata)*: Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, email \_\_\_\_\_.

Allega alla presente fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Diso, \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_