**EMERGENZA SANITARIA LEGATA AL DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19**

**MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARE**

MODELLO ISTANZA DI ACCESSO AI “BUONI SPESA” DECRETO LEGGE N. 154 DEL 23 NOVEMBRE 2020

Al Sindaco del Comune di Qualiano

**La domanda di accesso al beneficio a valere sul Fondo di solidarietà alimentare può essere presentata solo da uno dei componenti del nucleo familiare**.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ , residente a Qualiano, Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ - Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , trovandosi in una condizione di bisogno che, allo stato, gli preclude la possibilità di procurarsi ed acquistare generi alimentari e di prima necessità per sostenere il proprio nucleo familiare,

**CHIEDE**

di poter accedere al beneficio del “Buono Spesa” di cui al Decreto Legge N. 154 del 23 Novembre 2020, per l’acquisto di alimenti di prima necessità.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci,

**DICHIARA, PER SE E PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE**

(barrare le voci che interessano):

* di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di trovarsi nella condizione di disoccupato a far data dal \_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ e che prima di tale data era impiegato presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con la mansione di \_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di non percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione, reddito di cittadinanza o da altra fonte di sostegno di welfare pubblico;
* di essere percettore di Reddito di cittadinanza dell’importo di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di aver perso il lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati da Governo e Regione Campania in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19. A tal fine dichiara che era impiegato presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , con la mansione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e che il rapporto si è interrotto in data\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ ;
* di non aver richiesto e di non essere destinatario di alcuna delle misure di sostegno economico previste dal D.L.154 del 23 Novembre 2020 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.291 del 23 Novembre 2020;
* che il proprio nucleo familiare è composto da n.\_\_\_ componenti, di cui n.\_\_\_\_\_ figli;
* che il reddito percepito nell’anno 2018 è stato pari ad €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;
* che l’attuale disponibilità economica in riferimento ad entrate recenti e/o giacenza su c/c o altri strumenti di deposito immediatamente smobilizzabili non consentono l’approvvigionamento di generi alimentari o di prima necessità;

Eventuali note: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all’accesso al beneficio richiesto. I dati richiesti, che non rappresentano in alcun modo motivi di esclusione, sono necessari ai fini di dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici, finalizzata all’eventuale inserimento nell’elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare.

Il/La sottoscritto/a prende atto e dichiara di accettare, altresì, che, successivamente all’eventuale inserimento nell’elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare, il Comune di Qualiano

procederà alla messa a disposizione dell’importo riconosciuto soltanto una volta ricevuto l’accredito delle risorse necessarie da parte dello Stato.

Allega alla presente copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì\_\_\_\_ /\_\_\_ /2020

Il/La Richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza il Comune di Qualiano al trattamento dei propri dati personali, esclusivamente ai fini dell’istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto dal regolamento europeo n.679/2016 e*[*Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101*](http://www.dataprotection-privacy.it/wp-content/uploads/2018/09/DLgs_101_2018_materiali.pdf)*;*

**N.B.:** Il Comune di Qualiano si riserva la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati, procedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente.

**La presente richiesta potrà essere consegnata a partire dalle ore 09:00 del giorno 07/12/2020 fino alle ore 24:00 del 15/12/2020**

* All’indirizzo Pec: [protocollo.qualiano@asmepec.it](mailto:protocollo.qualiano@asmepec.it) ;
* all’indirizzo email: [messi@comune.qualiano.na.it](mailto:messi@comune.qualiano.na.it)
* consegna a mano nell’apposita cassetta presso la casa Comunale dal 07.12.2020 al 15.12.2020, dal lunedì al venerdì dalle ore 09:00 alle ore 13:00 ed il martedì ed il giovedì dalle ore 16:00 alle ore 19:00.

.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_l’ufficio Servizi Sociali rilascia n.\_\_\_\_ buono Spesa da € 25,00 cd al suddetto nucleo familiare composto da \_\_\_ componenti, dal n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n.\_\_\_\_\_\_\_\_;

Il Funzionario Responsabile

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Per accettazione lì\_\_\_\_\_

Il Richiedente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_