

AL COMUNE DI GIULIANOVA
Area III - Servizi di Comunità
Ufficio Servizi Sociali
e Politiche di Genere
Via Bindi n. 4 - 64021 Giulianova

OGGETTO: Istanza di partecipazione per la concessione di buoni spesa di cui all'art.2 del D.L. N. 154 del 23/11/2020 in applicazione dell'OCDPC N. 658 del 29/03/2020

Il/La sottoscritto/a _____ Nato/ _____

Provincia _____ il ____/____/____

C.F. | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

residente a _____ in Via _____ n. _____

tel _____ e-mail _____ @ _____

CHIEDE

Che venga concesso, in favore del proprio nucleo familiare, il beneficio di cui in oggetto, così come disciplinato dalla deliberazione di Giunta Comunale n. 161 del 12-10-2021 ed a tal fine, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole di decadere dal beneficio e di incorrere in responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti, come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.

DICHIARA

- **di essere** (barrare e compilare il caso che ricorre):

residente nel comune di Giulianova

domiciliato nel comune di Giulianova, avendo stabilito il centro degli affari familiari nel Comune di Giulianova in via _____ n. _____ e pertanto dichiara **di non avere** già beneficiato dei buoni spesa in esito ad avvisi pubblici banditi dal comune di residenza in riferimento a Buoni Spesa per Emergenza Covid-19;

- **che il proprio nucleo familiare, è così composto:**

Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela

- di appartenere ad un nucleo familiare che **ha già beneficiato** dei buoni spesa in esito a precedenti avvisi :

SI

NO

(barrare il caso che ricorre)

- di appartenere ad un nucleo familiare in cui **non vi siano dipendenti pubblici**;
- nessun altro componente del proprio nucleo familiare** ha già presentato richiesta per buoni spesa di cui al presente bando;
- di appartenere ad un nucleo familiare in cui **non vi sono** titolari di giacenze bancarie e/o postali disponibili **superiori ad € 3.000,00**;
- che il numero di minorenni presenti nel nucleo familiare è pari a ____;
- che il numero di portatori di handicap grave (L.104 art.3 c.3) presenti nel nucleo familiare è pari a ____;
- che il numero di anziani ultrassessantacinquenni presenti nel nucleo familiare è pari a ____;
- di appartenere ad un nucleo familiare in cui **non vi sono**, entrate mensili complessive **riferite all'intero nucleo familiare**, non superiori alle seguenti soglie e riepilogate nel sottostante quadro economico:

<u>BARRARE IL CASO CHE RICORRE</u>	NUCLEI FAMILIARI COMPOSTI DA:	ENTRATE MENSILI COMPLESSIVE MASSIME:
<input type="checkbox"/>	1 PERSONA	€ 900,00
<input type="checkbox"/>	2 PERSONE	€ 1.100,00
<input type="checkbox"/>	3 PERSONE	€ 1.300,00
<input type="checkbox"/>	4 PERSONE	€ 1.500,00
<input type="checkbox"/>	5 PERSONE E OLTRE	€ 1.700,00

L'OMESSA COMPILAZIONE DEL SEGUENTE QUADRO ECONOMICO RIFERITO ALLE ENTRATE MENSILI DELL'INTERO NUCLEO FAMILIARE COMPORTA L'ESCLUSIONE DAL BENEFICIO:



** QUADRO ECONOMICO **	
REDDITI DA LAVORO	€
AMMORTIZZATORI SOCIALI (INTEGRAZIONE SALARIALE - CASSA INTEGRAZIONE – INDENNITA' DI MOBILITA', ALTRO) specificare _____	€
REDDITO DI CITTADINANZA	
PENSIONI CONTRIBUTIVE E SOCIALI	€
INVALIDITA' CIVILE CON O SENZA ACCOMPAGNAMENTO	€
ALTRO specificare _____	€
TOTALE REDDITI	€

Il sottoscritto DICHIARA altresì :

- di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di falsa dichiarazione ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 e dell'obbligo di restituzione del contributo indebitamente percepito;
- di accettare integralmente quanto riportato nell'allegata informativa sul trattamento dei dati personali;

SI RICORDA, PENA L'ESCLUSIONE DAL BENEFICIO, CHE LA DOMANDA DEVE ESSERE :

- **COMPILATA E BARRATA IN OGNI SUA PARTE;**
- **FIRMATA NELL'APPOSITO RIQUADRO SOTTOSTANTE;**
- **CORREDATA DA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA' DEL RICHIEDENTE.**

Data e luogo _____

FIRMA

(per esteso e leggibile)
