

**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.36 del 21/03/2022 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 al precedente avviso:

**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 riepilogate nel sottostante quadro economico:

<b>BARRARE IL CASO CHE RICORRE</b>	<b>NUCLEI FAMILIARI COMPOSTI DA:</b>	<b>ENTRATE MENSILI COMPLESSIVE MASSIME:</b>
<input type="checkbox"/>	1 PERSONA	€ 1.000,00
<input type="checkbox"/>	2 PERSONE	€ 1.200,00
<input type="checkbox"/>	3 PERSONE	€ 1.400,00
<input type="checkbox"/>	4 PERSONE	€ 1.600,00
<input type="checkbox"/>	5 PERSONE E OLTRE	€ 1.800,00

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



<b>** QUADRO ECONOMICO **</b>	
REDDITI DA LAVORO	€
AMMORTIZZATORI SOCIALI (INTEGRAZIONE SALARIALE - CASSA INTEGRAZIONE - INDENNITA' DI MOBILITA', ALTRO) specificare _____	€
REDDITO DI CITTADINANZA	
PENSIONI SOCIALI /CONTRIBUTIVE- PENSIONI DI INVALIDITA' -ACCOMPAGNAMENTO	
ALTRO specificare _____	€
<b>TOTALE REDDITI</b>	<b>€</b>

**Il sottoscritto/a 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;

***Il/la Sottoscritto/a si impegna infine, qualora appartenesse all'utenza dell'EMPORIO SOLIDALE, a non usufruire dei benefici offerti dallo stesso, per i successivi 30 (trenta) giorni a partire dalla data di consegna dei buoni spesa di cui al presente bando.***

**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)*

\_\_\_\_\_