



COMUNE DI SANT'ORESTE

Città Metropolitana di Roma Capitale

Richiesta di contributi per misure urgenti di solidarietà alimentare

Termini, modalità di partecipazione e informazioni dettagliate sono specificati nell'[avviso pubblicato sul sito istituzionale](#)

Al Sig. Sindaco del Comune di Sant'Oreste

Il/La sottoscritto/a

Nome *

Cognome *

Codice fiscale *

Luogo di nascita *

data di nascita *

Formato: 05/12/2020

Residente in

Via/Piazza *

Numero civico *

Professione

Occupato *

no

si

Tipologia dell'ultimo impiego *

data conclusione dell'ultimo impiego *

Formato: 05/12/2020

CHIEDE

il riconoscimento di buoni spesa in favore del proprio nucleo familiare nell'ambito delle risorse previste nel Comune di Sant'Oreste in base al decreto legge 23 novembre 2020, n. 154 (cd. Decreto Ristori-ter), recante "Misure finanziarie urgenti connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dal DPR 445/2000 per coloro che rendono dichiarazioni infedeli o incomplete, sotto la propria responsabilità

DICHIARA QUANTO SEGUE

1. Che il reddito complessivo del proprio nucleo familiare, così come risultante dallo stato di famiglia anagrafica, nel periodo conseguente all'emergenza sanitaria da Coronavirus Covid-19, ha subito una riduzione tale da determinare un'effettiva difficoltà da parte del nucleo nel far fronte alla spesa per l'acquisto di generi alimentari o di beni di prima necessità
2. che la suddetta condizione è ancora in essere al momento della presentazione della presente domanda;
3. che la suddetta riduzione è determinata da una o più delle seguenti condizioni che interessano almeno uno dei componenti del nucleo familiare, così come risultante dallo stato di famiglia anagrafica:

Motivi riduzione reddito *

- interruzione o riduzione dell'attività lavorativa in regime di lavoro autonomo (Partita Iva, altre categorie come liberi professionisti) o lavoro subordinato
- grave malattia o decesso di un componente del nucleo familiare percettore del reddito principale
- sospensione o revoca di una delle seguenti forme di sussidio quali: Reddito di Cittadinanza, Pensione di Cittadinanza, Reddito di Emergenza, NASpI, Cassa Integrazione
- a seguito del Covid-19, conti corrente congelati e/o non disponibilità temporanea dei propri beni e/o assenza di strumenti di pagamento elettronici

4. inoltre che il nucleo familiare, così come risultante dallo stato di famiglia anagrafica, presenta una o più delle seguenti condizioni, in aggiunta a quelle indicate al punto precedente:

Condizioni aggiuntive nucleo familiare

- nuclei familiari numerosi (composto da almeno un genitore e tre figli minori appartenenti alla stessa famiglia anagrafica) in situazione di fragilità economica
- nuclei mono-genitoriali in situazione di fragilità economica
- anziani soli con pensione minima o in assenza di pensione
- nuclei con disabili in situazione di fragilità economica

5. che al momento la riduzione del reddito interessa *

- tutti i percettori di reddito del nucleo
- il principale percettore di reddito del nucleo
- uno o più percettori di reddito all'interno del nucleo, ma non il percettore principale
- uno o più percettori di reddito all'interno del nucleo, compreso il percettore principale

6. Che i componenti del nucleo familiare interessati dalla riduzione di reddito NON sono già percettori di sostegni pubblici: Reddito di Emergenza, Reddito di Cittadinanza, Pensione di Cittadinanza, NASpI, Cassa Integrazione;

- **Se percettori indicare l'entità del sussidio:**

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1. Reddito di emergenza | € |
| 2. Reddito di cittadinanza | € |
| 3. Pensione di Cittadinanza | € |
| 4. NASpI | € |
| 5. Cassa integrazione | € |

(specificare se la stessa è liquidata regolarmente)

Note: _____

7. che il proprio nucleo familiare è composto complessivamente dai componenti indicati di seguito:

Numero componenti totali del nucleo familiare *

Componenti di età superiore ai 18 anni

Componenti di età compresa tra gli 0 e i 3 anni

Componenti di età compresa tra i 4 e i 17 anni

8. che nessun altro componente del nucleo familiare, così come risultante dallo stato di famiglia anagrafica, ha presentato domanda per il contributo di cui alla presente domanda

9. che i redditi del nucleo interessati dalla riduzione e/o interruzione sono/erano riconducibili a: *

- lavoro autonomo
- lavoro subordinato
- pensione
- sussidi

10. che per ogni necessità di comunicazione è possibile fare riferimento ai seguenti recapiti:

Numero di telefono *

Indirizzo e-mail

11. di essere domiciliato presso
specificare solo se diverso dalla residenza. Via/piazza e numero civico

12. che il nucleo familiare: *

- È attualmente in condizione di isolamento fiduciario o quarantena (per l'eventuale ritiro del contributo si renderà pertanto necessaria la consegna presso il domicilio)
- NON È attualmente in condizione di isolamento fiduciario o quarantena

13. Sono in possesso di attestazione ISEE in corso di validità *

- no
- si

valore ISEE * €
esempio: 10000,00

15. Dichiaro di aver preso visione dell'[Informativa per il trattamento dei dati personali](#) pubblicata sul sito del Comune di Sant'Oreste e di prestare il relativo consenso informato.

Confermo tutte le dichiarazioni sopra riportate *

- si

FIRMA DEL DICHIARANTE