

# UNIONE dei COMUNI dello SCRIVIA

## Ambito Territoriale Sociale n.37



Codice Utente

Riservato all'Ufficio

### DOMANDA ACCESSO BORSE ALIMENTARI EMERGENZA COVID-19

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nat\_ il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_  
e domiciliato in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_, identificato a mezzo  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_, in corso di validità, utenza telefonica \_\_\_\_\_, consapevole delle  
sanzioni penali previste per il caso di dichiarazioni false o mendaci, così come stabilito dall'articolo 76  
del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al  
provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ex articolo 75 del medesimo D.P.R.;

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

che il proprio nucleo familiare rientra tra i più esposti agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus COVID-19, e tra quelli in stato di bisogno, in quanto:

- composto da lavoratori dipendenti di aziende private, le cui aziende per periodi decorrenti dal 23 febbraio 2020, abbiano dovuto sospendere o ridurre l'attività lavorativa ;
- composto da lavoratori autonomi e liberi professionisti (che abbiano avuto un reddito sino a 35.000 € ovvero tra i tra 35 e 50.000 €, che hanno subito un calo di attività di almeno il 33% nei primi 3 mesi 2020) che in conseguenza delle disposizioni adottate dall'Autorità competente , abbiano subito la chiusura o la restrizione della propria attività;
- in stato di bisogno, in quanto persona prive di reddito impossibilitata ad avviarsi ad attività lavorativa a seguito delle attuali restrizioni;

### A TAL FINE DICHIARA

- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

COGNOME E NOME	RAPPORTO PARENTELA	LUOGO E DATA DI NASCITA
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

## DICHIARA INOLTRE

a) che il reddito della famiglia è garantito da:

1. Cognome .....Nome ..... Nato/a a .....(.....)  
il ..... Cod. Fisc. .... Stato civile: .....

**Situazione lavorativa:**

lavoratore autonomo/libero prof.    dipendente    altro (.....)

Luogo attività .....Codice ATECO.....

2. Cognome .....Nome ..... Nato/a a .....(.....)  
il ..... Cod. Fisc. .... Stato civile: .....

**Situazione lavorativa:**

lavoratore autonomo/libero prof.    dipendente    altro (.....)

Luogo attività .....Codice ATECO.....

b) che nel nucleo familiare **SONO / NON SONO** presenti componenti assegnatari di altro sostegno pubblico (*RdC, Rei, altre forme di sostegno sociale previste a livello locale o regionale*);

c) **di essere a conoscenza**, che il buono non dà diritto all'acquisto di sostanze alcoliche, non è cedibile e, non dà diritto a resto ed ha una validità predefinita (**scadenza entro il 30/04/2020**).

d) **di essere a conoscenza, che il buono rilasciato**, nonché l'individuazione di un esercizio commerciale che lo accetti nell'elenco pubblicato dal Comune di residenza, **non costituisce deroga alle limitazioni imposte dal DPCM 22 marzo 2020**, e pertanto resta inteso che la spesa deve essere fatta nel posto più vicino possibile a casa o **garantendo la riduzione al minimo indispensabile degli spostamenti, che dovranno essere comunque autocertificati**.

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Titolare del trattamento dei dati è l'Unione dei Comuni dello Scrivia - In conformità all'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR) ed all'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., si informa che i dati acquisiti saranno trattati nel rispetto della normativa con la massima riservatezza e sicurezza.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **AVVERTENZE**

I Comuni di Busalla, Crocefieschi, Isola del Cantone, Ronco Scrivia e Vobbia, attraverso l'Unione dei Comuni dello Scrivia, si riservano di richiedere documentazione probatoria delle dichiarazioni sostitutive presentate, provvedendo alla revoca dei benefici della richiesta, il recupero di quanto concesso, e nel caso di procedere alla segnalazione all'Autorità Giudiziaria per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, impossibilitato a ritirare il Buono Spesa/Voucher COVID 19, delego il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ al ritiro dello stesso.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_