



COMUNE DI SATRIANO

(Via G. Marconi, 5 88060 Satriano (cz) – 0967/543814 - 0967/543810 - P.I. 00298190794)



MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE E RICHIESTA BUONO SPESA EMERGENZA COVID-19

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____, CF _____, residente a _____
in via _____, indirizzo
email _____, recapito telefonico _____,

avendo preso visione dell'Avviso Pubblico per la raccolta delle istanze di accesso ai buoni spesa,
consapevole delle responsabilità penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci così come stabilito negli artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445,

DICHIARA

Che il proprio nucleo familiare, così come risultante dall'Anagrafe del Comune di _____, è così composto (specificando il grado di parentela e attestando che il componente vive e risiede con il nucleo):

☐ che nel mese di marzo 2020 i componenti del proprio nucleo familiare non hanno percepito alcun reddito e versano in condizioni di disagio;

DI ESSERE:

☐ cittadini italiani; cittadini dell'Unione Europea nel rispetto degli accordi internazionali vigenti; stranieri, apolidi, regolarmente soggiornanti ai sensi della normativa statale che versino in stato di bisogno;

☐ residenti nel Comune di al momento di presentazione della domanda;

☐ Che nessun componente del proprio nucleo familiare ha presentato domanda per bonus COVID al Comune;

☐ di non avere liquidità sufficiente nei conti correnti postali o bancari propri e del nucleo familiare per fare fronte all'acquisto di beni di prima necessità e di non avere titoli di stato o buoni fruttiferi né altri titoli similari;

☐ non percettori di altre misure a sostegno del reddito predisposte dallo Stato per emergenza COVID-19;

☐ non percettori di altra misura di intervento statale (disoccupazione, cassa integrazione ordinaria, Reddito di Cittadinanza, R.E.I, ecc.) a sostegno di situazione di emergenza sociale di qualsiasi tipo.

☐ percettori di altra misura (pensione, disoccupazione, cassa integrazione ordinaria, Reddito di Cittadinanza, R.E.I, ecc.) per un importo mensile di € _____.

IL SOTTOSCRITTO, PER COME SOPRA IDENTIFICATO, CHIEDE L'EROGAZIONE DEL BUONO PREVISTO DALL'OCDPC n. 658 del 29/03/2020

Firma.....

Allegare obbligatoriamente copia del documento di identità in corso di validità.