



Comune di Montale

Provincia di Pistoia

Via A. Gramsci, 19 - 51037 – Montale
Tel. 05739521 - Fax. 057355001
CF. 80003370477
p. IVA 00378090476
www.comune.montale.pt.it. mail:
comune@comune.montale.pt.it

RICHIESTA BUONI SPESA EMERGENZA COVID 19

(ai sensi del decreto legge n 154/2020 - Ristori Ter)

Comune di Montale

serviziospesa@comune.montale.pt.it

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ via _____

_____ Codice Fiscale: _____

email: _____ cell. _____

situazione attuale a seguito dell'emergenza Covid 19 _____

facente parte del nucleo familiare composto da n. _____ persone di cui n. _____ minorenni

Altri componenti del nucleo familiare

1) nome e cognome _____ data di nascita _____

2) nome e cognome _____ data di nascita _____

3) nome e cognome _____ data di nascita _____

4) nome e cognome _____ data di nascita _____

CHIEDE

di partecipare all'assegnazione dei "buoni spesa" ai sensi del decreto legge n 154/2020 - Ristori Ter per se stesso e per il proprio nucleo familiare come sopra indicato

Dichiara di abitare in un alloggio:

- In affitto o in comodato d'uso corrispondendo un canone mensile di € _____
- di proprietà corrispondendo una rata del mutuo mensile pari a € _____

consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste ai sensi del DPR 445/00 in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione ad uso di atti falsi nonché in caso di esibizioni di atti contenenti dati non corrispondenti a verità, dichiara sotto la propria responsabilità

DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA

- Di usufruire di prestazioni assistenziali (RdC, Rei, Naspi, Indennità di mobilità, GlG)
- Di non percepire (nel proprio nucleo familiare) alcun sussidio di provenienza statale, o alternativamente di beneficiare del seguente sussidio:

- Di essere un soggetto che ha perso il lavoro
- Di essere un soggetto che ha sospeso o chiuso l'attività e non ha liquidità per il proprio sostentamento
- Di avere nel proprio nucleo familiare un portatore di handicap (con certificazione)
- Di avere un'attestazione ISEE in corso di validità pari a € _____

Numero di protocollo INPS della Dichiarazione Sostitutiva Unica (es. INPS-ISEE-2020-XXXXXXXX-00) _____

- Se non è in possesso di attestazione ISEE, indicare la propria situazione reddituale

Il sottoscritto dichiara di essere stato informato che saranno effettuati controlli a norma di legge. Si autorizza l'Ente ad acquisire la dichiarazione ISEE tramite la banca dati online INPS.

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del Nuovo Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali (2016/679) e del Decreto 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", di esprimere il consenso all'utilizzo dei dati personali sopra forniti per procedure strettamente legate alla gestione del servizio.

data _____

Firma

Il presente modulo compilato e firmato con allegato la copia scansionata della carta di identità (anche con foto del cellulare) deve essere inviato tramite email all'indirizzo:

serviziospesa@comune.montale.pt.it