



COMUNE DI ANDRANO

Area Amm.va Sociale
Via Michelangelo n. 25

All'Ufficio Servizi Sociali del
Comune di ANDRANO
Via Michelangelo, n. 25
73032 ANDRANO (LE)

da presentarsi preferibilmente tramite il seguente indirizzo e-mail:

protocollo@comune.andrano.le.it

o pec: protocollo.comune.andrano@pec.it

OGGETTO: DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI **BUONI SPESA** PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI E BENI DI PRIMA NECESSITA' A FAVORE DELLE PERSONE E/O DELLE FAMIGLIE COLPITE DALLA SITUAZIONE ECONOMICA DETERMINATASI PER EFFETTO DELL'EMERGENZA SANITARIA COVID-19. (Deliberazione della G.C. n. 110 del 26.11.2021).

Il sottoscritt _____ nat _____ il _____

a _____ e residente in Andrano alla Via _____

n. _____, Tel. n _____, C.F. _____

e-mail _____

CHIEDE

l'assegnazione di un contributo, sotto forma di buoni spesa per l'acquisto di generi alimentari e beni di prima necessità, giusta delibera G.C. n. 110/2021.

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, "*Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia*"

DICHIARA:

1. che il proprio nucleo familiare, compreso il sottoscritto, è così composto:

Cognome e Nome	data di nascita	Luogo di nascita	Relazione parentela

2. Che il **reddito familiare complessivo mensile medio** nell'anno in corso (reddito **netto** derivante da qualsiasi attività lavorativa anche saltuaria o occasionale, pensioni italiane e/o estere, pensioni di invalidità, indennità di accompagnamento, NASPI, misure di sostegno pubblico quali Red, RdC o altro, e da qualsiasi altra entrata esente ai fini Irpef), **è pari o inferiore** a quello indicato nella tabella A:

Tabella "A"		Contrassegnare con "X"
nucleo familiare composto da 1 persona	€ 500,00	
nucleo familiare composto da 2 persone	€ 800,00	
nucleo familiare composto da 3 persone	€ 900,00	
nucleo familiare composto da 4 persone	€ 1.000,00	
nucleo familiare composto da 5 persone	€ 1.200,00	
nucleo familiare composto da 6 o più persone	€ 1.300,00	

3. Che il sottoscritto:

☐ espleta (anche saltuariamente) l'attività di _____

Che tale attività ☐ è stata interrotta ☐ non è stata interrotta per l'emergenza "Covid 19"

ovvero

☐ è disoccupato;

4. Che il coniuge:

☐ espleta (anche saltuariamente) l'attività di _____

Che tale attività ☐ è stata interrotta ☐ non è stata interrotta per l'emergenza "Covid 19"

ovvero

☐ è disoccupato;

5. Che i figli maggiorenni sono ☐ studenti ☐ disoccupati ☐ occupati (anche saltuariamente);

☐ Che nel nucleo familiare sono presenti n. _____ persone con disabilità **TITOLARI** di indennità pensionistiche per un importo complessivo mensile pari ad € _____;

☐ **NON TITOLARI** di indennità pensionistiche

6. Che il proprio nucleo familiare

- ☐ **Percepisce** la misura di sostegno pubblico: ☐ RED, ☐ reddito di cittadinanza, ☐ NASPI ,
☐ altro, per un importo mensile di € _____

ovvero

- ☐ **NON Percepisce** alcuna misura di sostegno pubblico (RED, reddito di cittadinanza, NASPI ecc.) ;

7. Che il nucleo **percepisce** altri contributi pubblici (bonus bebè, card sociale ecc.- specificare) per un importo mensile e/o annuo di € _____;

8. Che:

- ☐ n. _____ componenti il nucleo **percepiscono** redditi derivante da lavoro o da pensione (**anche estera**) per un importo complessivo mensile di € _____;

ovvero

- ☐ **nessun componente** il nucleo **percepisce** redditi derivante da lavoro o da pensione (**anche estera**);

9. Che, pertanto, il **reddito familiare complessivo mensile medio nell'anno in corso (netto)** risulta pari ad € _____

10. Il sottoscritto dichiara, altresì, di ☐ **AVERE** ☐ **NON AVERE** altre risorse economiche (depositi bancari e/o postali, ecc) cui attingere per le primarie necessità **superiori al valore indicato nella seguente Tabella**

Numero componenti nucleo familiare	Risorse (depositi bancari e/o postali, ecc.)
Nuclei composti da 1 persona	€ 3.500,00
Nuclei composti da 2 persona	€ 4.500,00
Nuclei composti da 3 persona	€ 5.500,00
Nuclei composti da 4 persona	€ 6.500,00
Nuclei composti da 5 persona	€ 7.500,00
Nuclei composti da 6 o più persone	€ 8.500,00

11. Che ☐ **NON DISPONE** ☐ **DISPONE** di risorse economiche (depositi bancari e/o postali, ecc.) intestate ai figli minori e/o vincolate a lungo termine pari o superiori ad € 10.000,00;

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere a conoscenza che:

- l'Amministrazione Comunale si riserva di verificare la sussistenza dei requisiti di partecipazione alla procedura, anche mediante indagini a campione;
- in caso di dichiarazioni mendaci, oltre alle **sanzioni penali** previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, è prevista la **decadenza dai benefici** eventualmente ottenuti;
- il Responsabile dell'Area Amministrativa sociale del Comune di Andrano, con proprio provvedimento, può revocare i benefici concessi nel caso di dichiarazioni mendaci rese nella domanda di partecipazione e accertato improprio utilizzo del contributo assegnato;

Autorizza il Servizio Sociale del Comune di Andrano al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio in oggetto, ai sensi delle vigenti disposizioni in

materia di privacy (GDPR 679/2016 e D. Lgs. 196/2003 “*Codice in materia di protezione dei dati personali*” e successive integrazioni).

Andrano, lì _____

Il richiedente

Si allega:

copia documento di identità.