**ISTANZA DI ACCESSO “MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE”**

 **E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA’**

*(art. 47 del D.P.R. 445/2000)*

**AL COMUNE di LICATA**

**Settore Servizi Sociali**

***covid19.buonispesa@comune.licata.ag.it***

Il/La sottoscritto/a ……………………………….…..,nato/a ……………………….……..,il ………………,

residente a ……………….………………..…, Via/P.zza ……………………………………..., n. ……..,

Codice Fiscale …………………………………………, Tel/Cell ………………………………………….,

(e-mail ……………………………………………………….., PEC……………..……………………..…..), nella qualità di intestatario della scheda anagrafica del proprio nucleo familiare, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell’art. 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, per l'accesso alle misure di sostegno previste dal Decreto Legge n. 154 art. 2 del 23 novembre 2020 ( Ristori-Ter ),

**DICHIARA**

Che il sottoscritto e ciascuno dei componenti del proprio nucleo familiare si trovano nelle condizioni degli aventi diritto secondo quanto previsto nell’Avviso del 09.12.2020 pubblicato sul sito istituzionale del Comune di Licata, relativo alle misure di sostegno per l’emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente di:

* Essere residente nel Comune di Licata;

*(Contrassegnare le lettere d’interesse nel seguente prospetto)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A** |  | Non percepire alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie o proventi monetari a carattere continuativo di alcun genere; |
| **B** |  | Non essere destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominata (indicativamente: Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione, ecc.); |
| **C** |  | *(In alternativa al punto B)* essere destinatario a valere su precedenti forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato, ovvero di buoni spesa/voucher erogati ad altro titolo per emergenza COVID-19, per un importo pari a €……………..*(specificare l’importo)*; |

AVVERTENZE:

Le risorse sono destinate “prioritariamente ai nuclei familiari che non percepiscono alcuna altra forma di reddito o alcuna altra forma di assistenza economica da parte dello Stato, compresi ammortizzatori sociali e reddito di cittadinanza”, di cui alla precedente lettera C.

* Che il nucleo familiare del richiedente è composto come di seguito:

| N. | Cognome e nome | Codice fiscale | Luogo e data di nascita | Residenza | Parentela |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

Consapevole che la presente istanza non costituisce diritto all’ottenimento dei beni richiesti quale sostegno per lo stato emergenziale attuale, fin d’ora comunque,

**CHIEDE**

L’ erogazione di **BUONI SPESA/VOUCHER** per l'acquisto di:

**GENERI ALIMENTARI o PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA’**

Come previsto dal Decreto Legge n. 154 art. 2 del 23 novembre 2020 (Ristori-Ter) recante “Misure finanziare urgenti connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”, consapevole che l’utilizzo di tali buoni per acquisti non conformi alle misure di sostegno emergenziali comporterà la decadenza dal diritto ad ulteriori buoni spesa.

Il dichiarante assume l’obbligo che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta al Comune in indirizzo, ovvero ad altro Comune per la predetta “Misura di solidarietà alimentare” di cui all’art. 2 del D.L. 23 novembre 2020 n. 154 (Ristori -Ter).

Autorizza il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonchè alle Amministrazione competenti per la verifica delle autocertificazioni.

**Luogo e data, ……………………………….**

**FIRMA**

**………………………………….**

*A PENA DI INAMMISSIBILITA’, E’ NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE*