



# ASP SAN VINCENZO DE' PAOLI

Civitella di R. – Galeata – Premilcuore – Santa Sofia

## Ai servizi sociali dell'Asp

Oggetto: richiesta BUONO SPESA (Emergenza COVID 19) – Fondo Solidarietà Alimentare -

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_.

Attualmente residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
(indirizzo e numero civico)

recapito telefonico \_\_\_\_\_  
(campo obbligatorio)

Codice Fiscale (campo obbligatorio):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indirizzo E Mail. \_\_\_\_\_  
(campo obbligatorio)

inoltro domanda al fine di ottenere un BUONO SPESA (Emergenza COVID 19) – Fondo Solidarietà Alimentare erogato dal Comune di residenza

**A TAL FINE** - consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del DPR 445/2000) – **dichiaro** di essere alla data odierna in possesso dei seguenti requisiti:

[Dichiarazione sostitutiva di certificazione rilasciata ai sensi dell'art. 46 del DPR 445 del 2000 e s.m.i.]

**(Barrare con una crocetta le ipotesi che ricorrono nel caso specifico. Compilare tutto da 1 a 7)**

### 1) di essere titolare di:

Cittadinanza italiana

(oppure)

Cittadinanza di uno Stato appartenente all'Unione Europea

(oppure)

Cittadinanza di uno Stato **non appartenente all'Unione Europea** in quanto straniero munito di regolare carta di soggiorno o permesso di soggiorno di durata non inferiore ad un anno, ai sensi dell'art. 41 del D.Lgs. 286/98 e successive modificazioni;

(in caso di permesso di soggiorno scaduto)

di aver presentato la richiesta di rinnovo del documento di soggiorno in data. \_\_\_\_\_ presso la Questura di Forlì-Cesena;

**2) che il nucleo familiare**, così come risulta dallo stato di famiglia anagrafico, è costituito alla data odierna da **complessivamente n. \_\_\_\_\_ componenti, dei quali:**

minorenni n. \_\_\_\_\_.

disabili (invalidità dal 67%) n. \_\_\_\_\_

**3) di essere in una delle condizioni sotto descritte** (obbligo di barrare almeno una delle condizioni indicate):

**sospensione dell'attività** commerciale a causa dell'emergenza covid 19; artigianale; professionale, avente la seguente denominazione \_\_\_\_\_

Specificare il tipo di attività (es. ristorante; bar; ecc.). \_\_\_\_\_;

**sospensione del rapporto di lavoro subordinato** con la ditta/azienda/agenzia di lavoro interinale avente la seguente **denominazione** \_\_\_\_\_, attiva nel seguente **settore (es. commercio; ristorazione; ecc.)** \_\_\_\_\_ senza godimento di ammortizzatori sociali;

**di essere disoccupato** non già assegnatario di alcun sostegno pubblico;

**di essere in stato di bisogno per altri motivi** (specificare quali)

---

**4)  di NON essere attualmente beneficiario** di **altre forme di sostegno pubblico**, (riferito al nucleo familiare) a titolo esemplificativo: Reddito di Cittadinanza (Legge 26 del 2019); ammortizzatori sociali; ecc. (*croccettare se ricorre il caso*)

**di essere attualmente beneficiario** di **altre forme di sostegno pubblico**, (riferito al nucleo familiare) a titolo esemplificativo: Reddito di Cittadinanza (Legge 26 del 2019); ammortizzatori sociali **nella misura di** €. \_\_\_\_\_

**5)  che a seguito delle misure (nazionali e regionali)** adottate in relazione al contrasto della diffusione del virus COVID 19 si è registrata una significativa diminuzione e il **reddito familiare** del mese di **MARZO 2020 è stato pari a** €. \_\_\_\_\_;

**6)  che le disponibilità finanziarie** (saldo bancario/postale, titoli) di tutto il nucleo familiare - alla data di sottoscrizione della presente – non sono superiori a Euro 5.000,00.

**7) Che il numero degli attuali componenti il nucleo familiare occupati/pensionati sono:** n. \_\_\_\_\_

**Si impegna a tenere a disposizione, per successivi controlli, gli scontrini fiscali comprovanti l'adeguato utilizzo dei buoni spesa eventualmente assegnati.**

#### **INOLTRE DICHIARO**

di autorizzare l'Asp San Vincenzo de'Paoli, altri soggetti terzi e i CAF con esso convenzionati al trattamento dei dati personali contenuti nella presente dichiarazione, ai soli fini della domanda in questione, ai sensi del D.Lgs. 196 del 2003 e del DGPR 2016/679. Titolare: Azienda San Vincenzo de'Paoli, Via Unità D'Italia n.47 -47018 Santa Sofia (FC) - pec: info@pec.asp-sanvincenzodepaoli.it.

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA (leggibile)**

**Alla presente domanda si allega: copia di un documento di identità in corso di validità**

Modulo di domanda da inviare prioritariamente via posta elettronica al seguente indirizzo: [COVID19@asp-sanvincenzodepaoli.it](mailto:COVID19@asp-sanvincenzodepaoli.it) oppure **via fax 0543 973051**

---

**SPAZIO PER LA COMMISSIONE (NON COMPILARE)**

**Valutazione** \_\_\_\_\_

**Importo concesso** \_\_\_\_\_