All’Ufficio Servizi Sociali

 COMUNE DI SAN NICANDRO GARGANICO (FG)

Corso Garibaldi n. 54

71015 San Nicandro Garganico (FG)

Trasmessa via mail **protocollo@comune.sannicandrogarganico.fg.it**

Trasmessa via pec **protocollo.sannicandrog@cittaconnessa.it**

Trasmessa a mano **al protocollo comunale**

#### **DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI BUONI SPESA (VOUCHER SOCIALI ELETTRONICI – TESSERA SANITARIA) A FAVORE DI PERSONE E NUCLEI FAMILIARI A SOSTEGNO DELLE SPESE PER GENERI ALIMENTARI DI PRIMA NECESSITA’ QUALE MISURA URGENTE CONNESSA ALL’EMERGENZA COVID-19.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente in San Nicandro Garganico (FG) alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

#### di poter accedere al beneficio **PER LA CONCESSIONE DI BUONI SPESA (VOUCHER SOCIALI ELETTRONICI – TESSERA SANITARIA) A FAVORE DI PERSONE E NUCLEI FAMILIARI A SOSTEGNO DELLE SPESE PER** **GENERI ALIMENTARI DI PRIMA NECESSITA’ QUALE MISURA URGENTE CONNESSA ALL’EMERGENZA COVID-19.**

A tal fine, consapevole delle conseguenze penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall’art.76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000:

**DICHIARA, PER SE E PER TUTTI I COMPONENTI DEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE**

***campo obbligatorio*** (barrare la casella di interesse)

1. di trovarsi nella seguente condizione di bisogno, in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati dal Governo in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19:

□ valore Isee 2022 inferiore **a € 15.000,00;**

**2**.***campo obbligatorio*** che il nucleo familiare è così composto conformemente a quanto risultante dallo stato di famiglia: (**le dichiarazioni difformi della composizione anagrafica del nucleo familiare RESIDENTE costituiranno motivo di esclusione)**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **COGNOME NOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** |
| **1.** | **Dichiarante** |  |  |
| **2.** | **Coniuge** |  |  |
| **3.** | **Figlio/a** |  |  |
| **4.** | **Figlio/a** |  |  |
| **5.** | **Figlio/a** |  |  |
| **6.** | **Figlio/a** |  |  |
| **7.** | **Figlio/a** |  |  |
| **8.** | **Altra persona nel nucleo familiare** |  |  |
| **9.** | **Altra persona nel nucleo familiare** |  |  |

**3. *\*campo obbligatorio***  (barrare la casella di interesse)

□ che nessun componente il proprio nucleo familiare **è percettore di entrate ad ogni titolo (stipendi, ecc.)** o **altre forme di sostegno al Reddito erogati da Enti Pubblici** oppure **percettore di entrate nette non superiori ad € 50,00** per ogni componente il nucleo familiare riferite al mese **di luglio 2022**(*Reddito/Pensione di Cittadinanza, Reddito di Dignità, NASPI, Contributo di sostegno comunale al reddito, Indennità di disoccupazione- Cassa Integrazione, Indennità figli minori, Indennità di frequenza, Social Card, Pensione di Anzianità, Pensione di invalidità civile –con o senza Accompagnamento, Rendite INAIL, Altri ammortizzatori sociali…ivi compresi contributi di sostegno erogati da altri Enti Assistenziali)*

*oppure*

□ uno o più **dei seguenti componenti** il nucleo familiare **è percettore di entrate ad ogni titolo (stipendi, ecc.)** o **altre forme di sostegno al Reddito erogati da Enti Pubblici** riferite al mese di **luglio 2022 (***Reddito/Pensione di Cittadinanza, Reddito di Dignità, NASPI, Contributo di sostegno comunale al reddito, Indennità di disoccupazione- Cassa Integrazione, Indennità figli minori, Indennità di frequenza, Social Card, Pensione di Anzianità, Pensione di invalidità civile –con o senza Accompagnamento, Rendite INAIL, Altri ammortizzatori sociali…ivi compresi contributi di sostegno erogati da altri Enti Assistenziali)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Tipologia entrata**  | **Importo Netto** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

#### **Dichiara inoltre:**

####  **che non è stata e non verrà presentata la medesima richiesta di contributo da nessun altro membro del nucleo familiare;**

#### □ **di impegnarsi ad utilizzare il contributo ricevuto per l’acquisto di generi alimentari e/o prodotti di prima necessità/medicinali, con esclusione di alcolici (vino, birra, etc.) e superalcolici;**

#### **di essere consapevole che i contributi verranno erogati fino ad esaurimento dei fondi disponibili e che quindi la presentazione della domanda non comporta l’erogazione automatica del contributo;**

□ di essere consapevole che la presentazione della presente istanza non dà diritto all’accesso al beneficio

richiesto;

□ di essere consapevole che l’istanza sarà trasmessa alla Tenenza della Guardia di Finanza di San Nicandro Garganico per i dovuti controlli e che le dichiarazioni mendaci saranno punite ai sensi di legge;

* **di essere consapevole che l’istanza inesatta o incompleta, le dichiarazioni obbligatorie non barrate, la mancata sottoscrizione dell’istanza da parte di tutti i soggetti maggiorenni presenti nel nucleo familiare e l’assenza del documento di riconoscimento COSTITUISCONO AUTOMATICA ESCLUSIONE DAL BENEFICIO.**

#### **che il pagamento del contributo, qualora concesso, venga reso disponibile sulla Tessera Sanitaria ,in corso di validità del richiedente di cui si allega fotocopia.**

**L’Ente si riserva la facoltà di effettuare tutti gli accertamenti atti a verificare la veridicità e la correttezza delle informazioni dichiarate** **e di richiedere documentazione integrativa anche sulla base di un colloquio telefonico da parte del Servizio Sociale**.

#### **Per quanto non espressamente indicato nella domanda, si fa riferimento ai contenuti dell’Avviso, che dichiara di conoscere e di accettare.**

 **Allegati alla presente domanda:**

#### - fotocopia del **documento d’identità del richiedente** in corso di validità;

#### - per cittadini stranieri non appartenenti all’U.E.: **fotocopia del permesso di soggiorno in corso di validità**

#### **o ricevuta di rinnovo o ricevuta di appuntamento per rinnovo**;

#### - **attestazione Isee 2022**;

#### - **copia tessera sanitaria** in corso di validità.

***Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza il Comune di San Nicandro Garganico al trattamento dei propri dati personali, esclusivamente ai fini dell’istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all’art. 13 del D.lgs 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dall’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).***

***\*campo obbligatorio*** Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_