

AL COMUNE DI SANTA MARINELLA
(UFFICIO SERVIZI SOCIALI)
VIA CICERONE, 25
00058 SANTA AMRINELLA – ROMA
PEC: protocollosantamarinella@postecert.it

OGGETTO:	EMERGENZA COVID-19 – RICHIESTA DI ACCESSO AL BUONO SPESA DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE
NOME E COGNOME:	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA:	
RECAPITO TELEFONICO:	
RECAPITO EMAIL:	

CHIEDO

di poter partecipare al bando per l'assegnazione di buoni spesa a tale scopo compilo i seguenti questionari ai sensi degli art. 46, 47 e 76 del d.p.r. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci:

Ai sensi degli art. 46, 47 e 76 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci, dichiaro:	BARRARE A PENA DI ESCLUSIONE L'OPZIONE CORRISPONDENTE PER OGNI RIGA	
Sei residente nel Comune di Santa Marinella?	SI	NO
Possiedi un'attestazione ISEE ordinaria (anche corrente) in corso di validità di importo pari od inferiore a € 16.000,00?	SI	NO
Possiedi, alla data del 30.06.2021, risparmi su depositi bancari o postali (intestati a componenti maggiorenni del nucleo familiare) ovvero risorse economiche immediatamente fruibili superiore ad € 6.000,00?	SI	NO
Percepisci una PENSIONE a qualsiasi titolo di importo superiore a € 650,00?	SI	NO
Sei stata/o riconosciuta/o invalida/o totale con diritto all'invalidità di accompagnamento?	SI	NO

Percepisci un REDDITO DI CITTADINANZA di importo superiore a € 650,00	SI	NO
A quale categoria appartieni? (UNA SOLA RISPOSTA POSSIBILE)		barra con una x una sola casella
lavoratore dipendente sospeso causa emergenza covid-19 che non percepisce la cassa integrazione o altra forma assistenziale attivata prima del 01/05/2021 di importo mensile superiore ad € 650,00 mensili		
disoccupato/inoccupato che NON PERCEPISCE ammortizzatori sociali (NASPI) attivati nel corso del 2021 di importo mensile superiore ad € 650,00 mensili		
titolare di PARTITA IVA che non percepisce interventi di sostegno al reddito a carico dello Stato o di altri Enti o altre forme di ristoro il cui valore sia superiore ad € 650,00 mensili		
Titolare di PENSIONE a qualsiasi titolo percepita di importo inferiore ad € 650,00 mensili		

DICHIARO

di essere consapevole che il Comune effettuerà controlli anche attraverso il coinvolgimento di Organi e/o autorità esterne al fine di accertare la veridicità di quanto dichiarato, nonché richiedendo, anche successivamente alla fruizione del beneficio, la trasmissione da parte degli interessati, di documentazione idonea ad attestare la veridicità delle dichiarazioni rese in merito alla condizione di disagio socio-economico che ha determinato l'accesso alla prestazione. L'Amministrazione Comunale potrà provvedere al recupero delle somme erogate ed alla denuncia all'Autorità Giudiziaria ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di false dichiarazioni.

IMPORTANTE

se non alleghi questi documenti l'erogazione del contributo potrebbe subire forti ritardi

DA ALLEGARE A CARICO DEL CITTADINO:

Fotocopia del documento di identità valido della persona che sottoscrive la domanda. Nel caso in cui la domanda venga presentata da Tutore o Amministratore di Sostegno, deve essere allegato anche documento di identità del beneficiario e decreto di nomina del Giudice Tutelare.

Fotocopia del permesso di soggiorno in corso di validità per i soli cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea

FIRMA