

MODELLO DI DOMANDA

OGGETTO: EMERGENZA COVID-19 - DOMANDA DI CONCESSIONE DEL BUONO SPESA DI CUI ALL'ORDINANZA DEL DIPARTIMENTO DI PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29.03.2020 E DELL'AVVISO PUBBLICO INDETTO DAL COMUNE DI MORRONE DEL SANNIO CON *DELIBERA N.16/2020*.

**Al Sig. Sindaco del Comune
Di MORRONE DEL SANNIO**

Il/La sottoscritto/a

 il e residente in

Nato/a a

CAP

Provincia

Via

n.

C. Fiscale

Telefono/ Cellulare

e-mail

CHIEDE

la concessione del buono spesa in oggetto.

A tal fine, consapevole che tutti i requisiti di seguito indicati sono dichiarati ai sensi degli artt.46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e che l'Ufficio Competente di Morrone del Sannio sottopone a controlli e verifiche il contenuto delle dichiarazioni secondo le modalità e le condizioni previste dagli artt. 71 e 72 del D.P.R. 445/2000 e che qualora dai controlli emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti ed incorre nelle sanzioni penali previste dall'Art. 76 del D.P.R.445/2000,

DICHIARA:

(barrare la casella di pertinenza)

di essere residente nel Comune di MORRONE DEL SANNIO

di appartenere ad un nucleo familiare privo di reddito

oppure

di appartenere nucleo familiare mono reddito il cui titolare di reddito ha subito sospensione e/o riduzione dell'orario di lavoro ai sensi del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020;

oppure

di appartenere nucleo familiare i cui titolari di reddito hanno subito sospensione e/o riduzione dell'orario di lavoro ai sensi del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020;

che il proprio nucleo familiare **non è beneficiario**, **oppure è beneficiario** di una o più delle seguenti misure di sostegno pubblico precedentemente riconosciute alla D.L. nr. 18/2020

- cassa integrazione;
- indennità di disoccupazione;
- reddito di cittadinanza

per un importo, il cui valore complessivo mensile per nucleo familiare, non è superiore ad € 200,00 nel caso composto da 1 sola persona, ad € 300,00 nel caso composto da 2 persone, ad € 400,00 nel caso composto da massimo 4 persone e ad € 600,00 nel caso composto da oltre 4 persone.

DICHIARA altresì

che il proprio nucleo familiare è così composto da nr. _____ persone compreso il richiedente, di cui nr. _____ figli a carico, e precisamente (*compilare latabella*)

Cognome	Nome	Codice fiscale	Rapporto di parentela/affinità con il richiedente (coniuge, figlio, suocero, etc.)	Professionale (lavoratore, studente, disoccupato, pensionato, etc.)

DICHIARA ALTRESI'

- di accettare incondizionatamente tutto quanto previsto nell'Avviso in oggetto.
- che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato la medesima domanda.

ALLEGA

copia di un documento di riconoscimento, in corso di validità.

MORRONE DEL SANNIO lì.....

FIRMA DEL RICHIEDENTE
