

Al Comune di Ascoli Piceno

Ufficio Protocollo

E-MAIL: protocollo@comune.ap.it

PEC: comune.ascolipiceno@actaliscertymail.it

**OGGETTO: RICHIESTA ACCESSO ALLA MISURA "BUONI SPESA" EMERGENZA COVID-19
PER I RESIDENTI NEL COMUNE DI ASCOLI PICENO (D.L. 154/2020 e OCDPC n. 658 del
29/03/2020)**

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a il ____/____/____ a _____ (Provincia/Stato _____)
e residente ad Ascoli Piceno in via _____ n. _____,
recapito telefonico _____ e-mail _____

CHIEDE

di poter accedere alla misura "BUONI SPESA" - Ordinanza Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 658 del 29/03/2019 - EMERGENZA COVID-19

DICHIARA

A tal fine, ai sensi degli artt. 46-71-75-76 del D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di affermazioni false o contenenti dati non veritieri, che le dichiarazioni non veritiere comporteranno la decadenza dal contributo,

DICHIARA ALTRESI'

(completare gli spazi vuoti e barrare sull'apposito quadratino la voce che interessa):

- ✓ di essere consapevole, nel caso in cui la domanda risulti **incompleta**, che la stessa dovrà essere obbligatoriamente integrata a pena di esclusione **entro e non oltre il 5/03/2021** e, solo allora, potrà essere esaminata dall'Amministrazione Comunale in coda a quelle correttamente compilate;
- ✓ di aver preso visione del bando pubblico;
- ✓ che qualora risultasse beneficiario del buono spesa lo stesso dovrà essere utilizzato **ESCLUSIVAMENTE per l'acquisto di generi alimentari o di prima necessità** presso gli esercizi commerciali presenti nell'elenco pubblicato sul sito del Comune di Ascoli Piceno e spendibile entro 60gg dal ricevimento;
- ✓ che all'interno del proprio nucleo familiare si è verificata una delle condizioni sotto elencate determinatasi per effetto dell'emergenza COVID-19:
 - perdita di entrate reddituali in conseguenza della cessazione o limitazione obbligatoria della propria attività produttiva
 - perdita di entrate reddituali a causa della chiusura o della limitazione della propria attività lavorativa
 - perdita di reddito da lavori saltuari e/o altra situazione determinata dalla crisi sanitaria in atto.

In merito alla propria SITUAZIONE ABITATIVA dichiara inoltre che:

- il proprio nucleo familiare vive in un immobile di proprietà con mutuo ancora attivo e che la rata del mutuo per l'acquisto della prima abitazione **effettivamente corrisposta** per il mese di Gennaio 2021 è di importo pari ad € _____,

oppure

- il proprio nucleo familiare vive in un'abitazione in affitto e che il canone di locazione per contratto di affitto **regolarmente registrato** n.del..... è pari all'importo mensile di euro _____

- ✓ che il proprio nucleo familiare ha avuto nel mese di **Gennaio 2021** entrate complessive, in qualunque forma percepite determinate da redditi di qualunque natura (da lavoro dipendente, autonomo, pensione, ...) e/o da ammortizzatori sociali e/o di altri sostegni pubblici (Cassa Integrazione, Reddito di cittadinanza, CAS,...) pari a € _____, **NETTI (va quindi sottratto l'eventuale importo della rata di affitto effettivamente pagata e/o della rata di mutuo effettivamente corrisposta nel mese di gennaio).**
- ✓ che il proprio nucleo familiare dispone di un patrimonio mobiliare (depositi e conti correnti bancari e postali o altre forme di patrimonio mobiliare) il cui saldo contabile attivo al lordo degli interessi al 31/01/2021, è
- Inferiore a 6.000,00 euro (per il nucleo con 1 componente);
- Inferiore a 8.000,00 euro (per il nucleo con 2 componenti);
- Inferiore a 10.000 euro (per il nucleo con 3 o più componenti);
- ✓ Che il proprio nucleo familiare
- Non è beneficiario di altri sostegni pubblici
- È beneficiario di altri sostegni pubblici di importo inferiore uguale ad euro 500,00;
- È beneficiario di altri sostegni pubblici di importo superiore ad euro 500,00.
- che il proprio nucleo familiare è in carico ai Servizi Sociali del Comune per problematiche **di disagio socio-economico**;
- che all'interno del proprio nucleo familiare è presente un componente in situazione di disabilità ai sensi della Legge 104/92 rilasciato dall'apposita Commissione dell'ASUR. _n. _____ del _____.
- che il proprio nucleo familiare **anagrafico** è composto da: n. _____ persone (compreso il richiedente), come di seguito indicato:

Nome e cognome	Data di nascita	Occupazione	Eventuale condizione di disabilità (L.104/92)

Data _____

Firma del dichiarante

Allega obbligatoriamente copia del proprio documento di identità

DICHIARA, altresì

- di essere a conoscenza che il Comune di Ascoli Piceno, in sede di istruttoria o successivamente all'erogazione dei buoni spesa, potrà esperire accertamenti tecnici ed ispezioni e ordinare esibizioni documentali per la verifica di quanto dichiarato;
- di essere consapevole che il trattamento dei propri dati viene svolto dal Comune di Ascoli Piceno, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 (DGPR)
- di autorizzare il trattamento dei propri dati. o di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni individuate dal Comune di Ascoli Piceno che consentiranno l'accesso al beneficio di cui alla presente istanza

Data _____

Firma del dichiarante
