

Allegato A)



**SETTORE WELFARE**

**Richiesta sostegno Emergenza COVID-19**

dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445 )

Al Comune di Cosenza

Mail: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritt / \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_) in via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ con la presente

**RICHIEDE**

di usufruire del buono spesa una tantum previsto dall'ordinanza del Dipartimento della Protezione Civile n 658 del 29.03.2020 per far fronte alle esigenze alimentari del proprio nucleo familiare composto dalle seguenti persone:

(indicare nome e cognome e data di nascita e grado di parentela)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

A tale scopo, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

- Che nessun componente del nucleo familiare usufruisce il reddito assistenziale (Reddito di Inclusione/REI o di Reddito/Pensione di Cittadinanza o altra forma di sostegno pubblico) superiore ad euro 400,00;

- Che nessuno dei componenti il nucleo familiare ha presentato istanza per ottenere il medesimo beneficio;
- Che il proprio nucleo familiare non ha già goduto del beneficio nella precedente erogazione nel mese di Aprile/ Maggio 2020
- Che il nucleo familiare non gode di patrimonio finanziario disponibile (conto corrente/bancario/postale) superiore ad euro 7.000;

**Ovvero, quale capo famiglia, indica le ulteriori motivazioni che ritiene possano rientrare nel campo di applicazione dell'ordinanza della Protezione Civile a seguito dell'emergenza Covid-19 per i seguenti motivi:**

- Che il nucleo familiare è già in carico ai Servizi Sociali per situazioni di criticità, fragilità, multiproblematicità;
- Che è un nucleo monogenitoriale privo di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori;
- Che nel proprio nucleo familiare sono presenti persone con grado di invalidità superiore al 74 % :

(indicare nome e cognome e grado di invalidità)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

- Di essere lavoratore autonomo con fermo attività;
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

(Barrare la casella di interesse)

Allega, a pena di irricevibilità dell'istanza, un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.

Luogo, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

(per esteso e leggibile)

**Dichiarazioni mendaci saranno oggetto di deferimento all'Autorità Giudiziaria.**

Ai sensi del D. Lgs. 101/2018 e del Regolamento UE n° 679/2016, si informa che i dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati e utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali ad esso collegate.