



**COMUNE DI RIVA DI SOLTO**  
PROVINCIA DI BERGAMO  
Via Papa Giovanni XXIII, 22  
Tel. 035/985100 - Fax. 035/980763

### Modulo richiesta per cittadini per i buoni spesa

Al Comune di RIVA DI SOLTO  
Ufficio Servizi sociali  
protocollo@comune.rivadisolto.bg.it

**RICHIESTA DI ACCESSO AI BUONI SPESA AI SENSI DELL'ORDINANZA DEL CAPO DEL  
DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29 MARZO 2020**

#### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

Il sottoscritto	_____
Codice fiscale	_____
Data di nascita	_____
Comune di nascita	_____
Provincia di nascita	_____
Stato estero di nascita	_____
Cittadinanza	_____
Residente a	_____
via e nr. civico	_____
e-mail	_____
Telefono	_____ Cell. _____

**CHIEDE**

di poter beneficiare dei buoni spesa ai sensi dell'ODPDC n. 658 del 29 marzo 2020

**A TAL FINE DICHIARA**

ai sensi e per gli effetti di quanto previsto agli artt. 46 e 47 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole della decadenza dal beneficio e delle responsabilità penali previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo d.p.r. n. 445/2000 nel caso di dichiarazione non veritiera e falsità negli atti, quanto segue:

che lo stato di famiglia è composto, oltre che dal dichiarante, dalle seguenti persone:

Parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

1) che nel proprio nucleo familiare sono presenti n..... minori con età inferiore ai 4 anni.

2) di possedere almeno una delle seguenti condizioni:

barrare le condizioni di appartenenza

<input type="checkbox"/>	licenziamento, perdita o riduzione del lavoro non coperta da ammortizzatori sociali
<input type="checkbox"/>	cessazione o sospensione attività di lavoro autonomo
<input type="checkbox"/>	cessazione o riduzione di attività professionale o di impresa per una misura superiore al 50 % rispetto al 1°trimestre 2019
<input type="checkbox"/>	Disoccupazione, antecedente all'emergenza sanitaria
<input type="checkbox"/>	mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici
<input type="checkbox"/>	malattia grave o decesso di un componente del nucleo familiare
<input type="checkbox"/>	incremento di spese certificate sostenute dal nucleo familiare per l'acquisto di farmaci, per garantire interventi socio-assistenziali o per il pagamento di spese socio-sanitarie o funerarie
<input type="checkbox"/>	attivazione di servizi a pagamento per l'assistenza al domicilio di persone fragili che non hanno potuto frequentare centri diurni per anziani, disabili o progetti personalizzati domiciliari di cui fruivano
<input type="checkbox"/>	Nuclei che si trovano conti correnti congelati e/o nella non disponibilità temporanea (ad esempio a causa di decesso del coniuge, etc)
<input type="checkbox"/>	over 65 con la sola pensione minima, o in assenza di pensione, e senza forme di deposito mobiliare (titoli, obbligazioni, etc.);
<input type="checkbox"/>	nuclei monoreddito con disabili in situazione di fragilità economica
<input type="checkbox"/>	Altro stato di necessità da dichiarare (es. nuclei mono-genitoriali con figli a carico a cui non viene corrisposto assegno alimentare, beneficiari reddito di cittadinanza a cui è stata sospesa la misura)

N.B. il richiedente, se richiesto, in sede di controllo dovrà produrre documentazione/dichiarazioni per attestare il possesso delle condizioni dichiarate

Il richiedente dichiara, altresì, che:

- i componenti del proprio nucleo familiare possiedono o detengono conti correnti bancari o postali con un saldo attivo, alla data di presentazione della domanda, non superiore alla soglia di € 3.000,00 complessivi per nuclei familiari sino a due persone ovvero non superiore ad € 5.000,00 complessivi per nuclei familiari di più di due persone.
- non ha risorse necessarie per affrontare le spese per i beni di prima necessità.

Barrare tra le due risposte

- di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo familiare
- di ricevere i seguenti contributi pubblici: (specifica | es. Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

Si precisa che il richiedente, se richiesto in sede di controllo, dovrà produrre documentazione/dichiarazioni per attestare il possesso delle condizioni sopra dichiarate.

Il richiedente dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

Il richiedente dichiara di essere a conoscenza che il Comune di residenza procederà, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli sulle domande presentate.

Luogo e data

ILDICHIARANTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma leggibile)

Allega la seguente documentazione:

- copia della carta di identità del richiedente in corso di validità.
- Per i richiedenti cittadini di paesi terzi, copia del titolo di soggiorno.

NOTA UFFICIO SERVIZI SOCIALI : In considerazione dell'emergenza covid-19 il consenso è stato acquisito telefonicamente dall'Ass. sociale \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ dal sig. \_\_\_\_\_ che ha comunicato il seguente documento d'identità per riconoscimento \_\_\_\_\_

Lo stesso si impegna a far pervenire al termine dell'emergenza modulo sottoscritto in originale.

VALORE BUONO RICONOSCIUTO

TOTALE € \_\_\_\_\_

€ \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

€ \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

€ \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_