

**POZZUOLI AIUTA**

**EMERGENZA COVID – 19 Autocertificazione per Buono Spesa**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Pozzuoli, alla Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con recapito telefonico fisso \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con nucleo familiare composto da n°\_\_\_\_\_ persone, di cui n° minori \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

con la seguente caratteristica (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IN QUALITA’ DI INTESTATARIO DI SCHEDA ANAGRAFICA n° \_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE:**

**è in condizione di riconosciuta indigenza in quanto Beneficiario del Pacco Alimentare SI NO**

* **Se SI, il beneficio è stato attribuito a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**è in condizione di riconosciuta indigenza in quanto Richiedente e non Beneficiario del Pacco Alimentare SI NO**

* **Se SI, il beneficio è stato richiesto da: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**è in condizione di riconosciuta indigenza in quanto beneficiario di Contributi Economici Straordinari SI NO**

* **Se SI, il beneficio è stato attribuito a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**è in condizione di riconosciuta indigenza in quanto beneficiario del Reddito di Cittadinanza SI NO**

* **Se SI, il Reddito è percepito da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’importo mensile non superiore a 500 Euro e nello specifico pari a Euro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**è in condizione di indigenza in quanto (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARA, INOLTRE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE**

**E’ IN CONDIZIONE DI PRECARIETA’ ECONOMICA PER UNO O PIU’ DEI SEGUENTI CASI**:

* **Il Nucleo Familiare percepisce un unico reddito rappresentato da pensione minima sociale SI NO**
* **Di essere l’unico percettore di reddito dell’intero Nucleo Familiare: SI NO**
* **Se SI, il proprio reddito ammonta ad Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Se NO, indicare i redditi che il Nucleo Familiare percepisce:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Per un ammontare complessivo di Euro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Il Nucleo Familiare possiede Rendite Patrimoniali SI NO**

**Se SI la Rendita Patrimoniale del Nucleo Familiare ammonta ad Euro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Il Nucleo Familiare possiede Depositi Bancari e/o Postali non superiori a Euro 10.000 SI NO**

**Specificare l’ammontare del Deposito Bancario e/o Postale del Nucleo Euro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Uno o più componenti del Nucleo Familiare sono Beneficiari del Bonus INPS previsto dal**

**DPCM 18 del 17/03/2020 – Cura Italia SI NO**

**Se SI con la seguente specifica:**

1. **Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **L’intero Nucleo Familiare è attualmente in stato di Inoccupazione SI NO**
* **Uno o più componenti del Nucleo Familiare sono attualmente in stato di disoccupazione SI NO**

**Se SI con la seguente specifica:**

1. **Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ disoccupato dal \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_ precedentemente dipendente presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con mansione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ disoccupato dal \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_ precedentemente dipendente presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con mansione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ disoccupato dal \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_ precedentemente dipendente presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con mansione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **Uno o più componenti del Nucleo Familiare percepisce un ammortizzatore sociale dell’importo non superiore a 500 Euro SI NO**

**Se SI con la seguente specifica:**

1. **Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo di Ammortizzatore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**con reddito mensile pari a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo di Ammortizzatore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**con reddito mensile pari a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo di Ammortizzatore: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**con reddito mensile pari a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Di essere attualmente in stato di disoccupazione per effetto dei provvedimenti restrittivi dettati dal contenimento dell’emergenza sanitaria. SI NO**

**Se SI con la seguente specifica:**

1. **Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ disoccupato dal \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_ precedentemente dipendente presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con mansione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
2. **Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ disoccupato dal \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_ precedentemente dipendente presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con mansione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
3. **Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ disoccupato dal \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_ precedentemente dipendente presso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con mansione di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il sottoscritto consapevole delle conseguenze penali a cui può andare incontro previste in caso di dichiarazioni mendaci (Legge 445/00) e sulla decadenza del beneficio eventualmente conseguito.**

**RICHIEDE LA CONCESSIONE DEL BENEFICIO DEL BUONO SPESA**

**e autorizza fin da ora il componente del NF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in quanto personalmente Impossibilitato per il seguente motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Pozzuoli, \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_ Il Richiedente**

**Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) come modificato dal D.Lgs. 101/2018**

**Pozzuoli, \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_ Il Richiedente**

 **Allego al ritiro del BUONO SPESA**

**Copia del proprio documento di Identità – Copia del documento di Identità del componente autorizzato**