
MODULO DI RICHIESTA BUONI SPESA PER GENERI ALIMENTARI
“Misure urgenti di solidarietà alimentare per emergenza COVID-19”

La/Il sottoscritta/o

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____ residente a Cologno al Serio

in Via _____ n. _____

Cellulare/telefono: _____

indirizzo E-mail (**obbligatorio***) _____

***Indicare indirizzo E-mail personale. La E-mail verrà infatti utilizzata per l'inoltro del Buono Spesa e/o per la richiesta di integrazioni alla domanda.**

CHIEDE

di poter beneficiare dell'erogazione di **BUONI SPESA x GENERI ALIMENTARI** - il tutto come previsto nell'avviso pubblico del Comune di Cologno al Serio per il Bando "Misure urgenti di Solidarietà alimentare per emergenza Covid-19".

DICHIARO

di non percepire reddito di cittadinanza, pensione di cittadinanza o altra forma di sussidio similare;

DICHIARO inoltre che a ricezione dell'accoglimento della richiesta, la spesa verrà effettuata **entro e non oltre trenta giorni dalla data dell'erogazione** del beneficio presso il seguente esercizio commerciale (**barrare solo una voce**):

CONAD SUPERSTORE Via Berizzi

ALIMENTARI ZANARDI Via Solferino

MACELLERIA CAIO GIUSEPPE Via Solferino

ALIMENTARI PETA ADELE Via Solferino

MACELLERIA PANDOLFI Via San Martino

PANIFICIO GOISIS Via Vittorio Veneto

Data

FIRMA

.....
(allegare copia documento identità)

Informativa ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento UE 679/16 (GDPR)

Ai sensi del GDPR, recante disposizioni per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, La informiamo che i suoi dati personali sono raccolti e trattati dal Comune di Cologno al Serio esclusivamente per l'erogazione della presenta misura;

→ → → (segue)

NB: A COMPLETAMENTO DELL'ISTANZA è FATTO OBBLIGO LA COMPILAZIONE DELLA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA SUL RETRO DEL MODULO. IN ASSENZA LA DOMANDA VERRA' CONSIDERATA INCOMPLETA E VERRA' RIGETTATA.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 47 – D.P.R. 445/2000)

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, il richiedente - sotto la propria responsabilità -
Dichiara di possedere una delle seguenti condizioni stabilite dal Bando "Misure urgenti di Solidarietà alimentare per emergenza Covid-19" **(barrare obbligatoriamente la condizione che ricorre e riportare i dati richiesti):**

Essere lavoratore dipendente con rapporto di lavoro subordinato, ed essere stato posto in cassa integrazione nel periodo giugno/novembre 2020 (per almeno 3 settimane all'interno di tale periodo).

- A tal proposito si dichiarano i dati del datore di lavoro:

DITTA avente sede nel Comune di
.....Codice fiscale/Partita IVA

- **Allego alla presente:** Buste paga delle mensilità in cui si è stati posti in cassa integrazione.

Essere lavoratore AUTONOMO con una riduzione di almeno il 40% del fatturato del periodo giugno-novembre 2020 (rispetto a stesso periodo dell'anno 2019).

- A tal proposito si dichiarano i dati della Ditta di cui si è titolare:

DITTA avente sede nel Comune di
.....Codice fiscale/Partita IVA

- **Allego alla presente:** Certificazione del commercialista con copia dei documenti contabili.

(requisito in alternativa a quello previsto al punto a): **Essere socio o dipendente di Cooperativa con mansione di assistente educatore** e nel periodo giugno/novembre 2020 aver subito una riduzione di orario di lavoro causa Dad o messa in quarantena della classe presso la quale si svolgeva l'attività di assistenza scolastica e non essere stato posto in cassa integrazione per tali periodi.

- A tal proposito si dichiarano i dati della Cooperativa di cui si è socio o dipendente:

DITTA avente sede nel Comune di
.....Codice fiscale/Partita IVA

- **Allego alla presente:** Certificazione del datore di lavoro attestante la riduzione delle ore di lavoro.

Ai fini della graduatoria/attribuzione dei punteggi della *condizione economica* si dichiara:

Di essere in possesso di Attestazione ISEE-INPS in corso di validità (e senza indicazioni di difformità o omissioni) di un importo pari a €

Oppure

Di NON essere in possesso di Attestazione ISEE-INPS in corso di validità, ma di impegnarmi a richiederne il rilascio entro e non oltre il 31/01/2021; Sono consapevole che in mancanza di ISEE il beneficio NON verrà erogato.

Ai fini della graduatoria/attribuzione dei punteggi di *fragilità sociale* si dichiara altresì che nel mio nucleo familiare:

sono presenti n. componenti affetti da disabilità certificata (**ALLEGARE VERBALE ATS**).

sono presenti n. figli minorenni e/o maggiorenni fiscalmente a mio carico.

Lì

IL DICHIARANTE

.....
(allegare copia documento identità)