



Comuni di:

Loiano

Monghidoro

Monterenzio

Ozzano dell'Emilia

Pianoro

Unione dei Comuni Savena-Idice Area welfare

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 FINALIZZATA ALLA EROGAZIONE DEI BENEFICI DI CUI ALL'ART 4 DELL'ORDINANZA DEL CAPO DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29.03.2020 MISURE A CONTRASTO DELL' EMERGENZA ALIMENTARE CAUSATA DAL CORONAVIRUS PER AGEVOLARE L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI E DI PRODOTTI DI PRIMA NECESSITÀ

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____ e residente in _____ via _____ o in alternativa, a seguito della contingente emergenza epidemiologica Covid-19 e delle condizioni previste dalla vigente e conseguente normativa emanata dallo Stato, dalla Regione Emilia Romagna e dall'Unione dei Comuni Savena-Idice, di essere domiciliato in _____ via _____, identificato a mezzo _____ nr. _____ rilasciato da _____ in data _____, utenza telefonica _____, MAIL (obbligatoria) _____, per accedere ai benefici previsti per i "nuclei familiari più esposti agli effetti economici, derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus COVID-19", e per quelli "in stato di bisogno", per soddisfare le necessità

CONSAPEVOLE

- DELLE CONSEGUENZE PENALI PREVISTE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI A PUBBLICO UFFICIALE (ART 495 C.P.);
- OLTRECHE', AI SENSI DELL'ART. 47 D.P.R. 28/12/2000 N. 445, DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, COSÌ COME STABILITO DAGLI ARTT. 75 E 76 DEL D.P.R. 28/12/2000 N. 445,

RICHIEDE

ALL'UNIONE DEI COMUNI VALLE SAVENA-IDICE DI ACCEDERE ALLA MISURE DI CUI ALL'ORDINAZA N° 658 DEL 29 MARZO 2020 PER EMERGENZA ALIMENTARE CAUSATA DA CORONA VIRUS PER AGEVOLARE ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI E PRODOTTI DI PRIMA NECESSITÀ'

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1) che il Nucleo familiare anagrafico è composto da se medesimo e da nr. _____ componenti e segnatamente:

Unione dei Comuni Savena-Idice

Viale Risorgimento n. 1 40065 Pianoro

C.F./P.I. 02961561202 – www.uvsi.it – tel:0516527711- fax 051774690

Sportello Sociale Pianoro: via Carducci 1 Tel. 0516529170 – Fax 0516529156

e-mail : sociali@comune.pianoro.bo.it PEC: unione.savenaidice@cert.provincia.bo.it

Cognome _____	Nome _____
C.F. _____;	
Cognome _____	Nome _____
C.F. _____;	
Cognome _____	Nome _____
C.F. _____;	
Cognome _____	Nome _____
C.F. _____;	
Cognome _____	Nome _____
C.F. _____;	
Cognome _____	Nome _____
C.F. _____;	
Cognome _____	Nome _____
C.F. _____;	

2) che nessun altro componente del proprio nucleo familiare residente (o domiciliato) ha presentato domanda in altri Comuni per analogo beneficio;

3) che a causa dell'emergenza Covid 19 ha subito i seguenti effetti economici negativi temporanei anche per i componenti del nucleo familiare sopra individuato (barrare e compilare motivazioni):

perdita o riduzione del lavoro (licenziamento, mancato rinnovo di contratto a tempo determinato, riduzione delle ore lavorative) senza attivazione di ammortizzatori sociali ovvero con ammortizzatori insufficienti in relazione al fabbisogno familiare (SPECIFICARE):

- sospensione temporanea dell'attività con partita IVA rientranti nei codici ATECO delle attività professionali, commerciali, produttive artigianali non consentite dal DPCM 22 marzo 2020 e successive integrazioni;(SPECIFICARE):

- Impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali/stagionali o intermittenti a causa dell'obbligo di permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria o per effetto della contrazione delle chiamate (SPECIFICARE):

- altro (SPECIFICARE):

- di non essere in possesso al 31 marzo 2020, a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, di depositi bancari, depositi postali, azioni, titoli e altri prodotti finanziari per persona di im-

porto superiore a 5.000,00 euro e per nucleo familiare di importo complessivo superiore a 15.000,00 euro.

- di non avere percepito alla presente data per il mese di marzo 2020, a nome proprio o di altro componente il nucleo familiare, redditi e contributi e sussidi di qualsiasi natura di importo complessivo superiore a euro 600,00

Oppure

- di avere percepito alla presente data per il mese di marzo 2020 a nome proprio e di altro componente il nucleo familiare redditi e contributi e sussidi di qualsiasi natura per un importo totale di euro(in tal caso potrà eventualmente beneficiare della misura, ma senza priorità, sulla base di attestazione del servizio sociale in caso di necessità)

Il Dichiarante si impegna

-all'utilizzo del buono spesa in conformità all'uso consentito per l'acquisto esclusivamente di generi alimentari e di prima necessità secondo le modalità stabilite dall'Unione dei Comuni Savena-Idice alla presente allega

copia del documento di identità valido

Trasmette la presente e l'allegata copia di documento di identità valido, a mezzo email ordinaria o pec al seguente indirizzo: buonispesa@unionevallisavenaidice.bo.it specificando nell'oggetto della e-mail "**il comune di residenza o di domicilio**"

Luogo e data, _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

Unione dei Comuni Savena-Idice

Viale Risorgimento n. 1 40065 Pianoro

C.F./P.I. 02961561202 – www.uvsi.it – tel:0516527711- fax 051774690

Sportello Sociale Pianoro: via Carducci 1 Tel. 0516529170 – Fax 0516529156

e-mail : sociali@comune.pianoro.bo.it PEC: unione.savenaidice@cert.provincia.bo.it