



**COMUNE DI
CASTRIGNANO DEI GRECI**
(Provincia di Lecce)

Ufficio Servizi Sociali

informagiovani@comune.castrignanoideigreci.le.it
servizisociali.castrignano.greci@pec.rupar.puglia.it
Tel. 0836/583216 - Fax 0836/587840
P. IVA 00427390752

**Al Comune di Castrignano dei Greci
Ufficio Servizi Sociali**

Oggetto: Richiesta di concessione buoni spesa per l'acquisto di generi alimentari o beni di prima necessità: DL. n. 154 del 23/11/2020 - DGC N. 93 del 09/12/2020;

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ Pr _____

il _____, residente a Castrignano dei Greci in Via _____

codice fiscale _____ telefono _____ email _____

trovandosi in disagiate condizioni socio-economiche, chiede di accedere alla misura "buoni spesa" per fronteggiare i bisogni alimentari e di prima necessità del proprio nucleo familiare, **all'uopo DICHIARA ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. n. 445/2000:**

1. che il proprio nucleo familiare è di fatto composto da n. _____ persone, delle quali risultano occupate n. _____ e disoccupate n. _____;
2. che nel nucleo familiare sono presenti figli del richiedente n. _____, di cui minori n. _____;
3. **di aver percepito, nella mensilità di novembre 2020, una somma inferiore a cinquecento euro in caso di nucleo di un solo componente, aumentata di duecento euro per ciascun componente del nucleo familiare con il limite di € 1.100,00, quale reddito da lavoro dipendente e/o autonomo e/o da altro sostegno pubblico e/o altre forme di reddito;**
4. **Che il reddito complessivamente percepito nel nucleo familiare nel mese di novembre (compreso eventuale altro sostegno pubblico) è stato:**
 SI **NO** inferiore a € 400,00
 SI **NO** compreso tra € 401,00 ed € 800,00
 SI **NO** compreso tra € 801,00 ed € 1.100,00
5. che il patrimonio finanziario del proprio nucleo familiare (conto corrente/bancario/postale/buoni ecc.) non è superiore a: 5.000 euro (se il nucleo è composto da una o due persone) 6.500 (se il nucleo è composto da tre persone) 7.000 (se il nucleo è composto da quattro persone), 8.500 (se il nucleo è composto da cinque persone), 10.000 (se il nucleo è composto da sei o più persone);
6. che uno o più componenti del nucleo familiare **SONO assegnatari o già autorizzati a percepire sostegno pubblico (Reddito di Cittadianza, Rei, ReD, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, Bonus partite iva, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale);**
 SI **NO** ammontante complessivamente ad € _____ (cifre) _____ (lettere);
7. altre condizioni particolari utili alla valutazione socio economica del nucleo familiare:

DICHIARA, inoltre, di essere consapevole delle responsabilità penali che si assume, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e che potranno essere eseguiti controlli da parte degli uffici Comunali diretti ad accertare la veridicità di quanto dichiaro ovvero la variazione della situazione familiare ed economica in momenti successivi alla concessione del servizio.

Con la presente autorizza al trattamento dei propri dati personali ai fini dello svolgimento del procedimento di concessione di sussidi richiesti, secondo la normativa vigente.

Il sottoscritto si impegna, inoltre, in caso di accoglimento della presente richiesta, a segnalare tempestivamente all'ufficio Comunale dei Servizi Sociali, qualsiasi variazione delle informazioni dichiarate nel presente modulo.

Si allega documento d'identità

Firma

Castrignano de Greci, _____
