

Al Comune di Terzigno  
Via Gionti n. 16  
Cap 80040 Provincia Napoli

**ISTANZA ACCESSO AI BENEFICI ex Ordinanza n. 658 del 29/03/2020 – Emergenza sanitaria da COVID-19: Misure urgenti di solidarietà alimentare – BUONI SPESA SOLIDALI**

**Autocertificazione d'indigenza temporanea o permanente**

Ex art. 46 comma 1 lett.o) del Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa - D.P.R. 28.12.2000, N. 445

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato/a in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

VISTO quanto disposto dall'Ordinanza n. 658 del 29/03/2020 in relazione alle misure urgenti di solidarietà alimentare;

**CHIEDE**

l'accesso ai benefici relative alle iniziative sociali connesse alla emergenza sanitaria da COVID-19 - **BUONI SPESA.**

*A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del Testo unico adottato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate:*

**DICHIARA**

- Di essere in possesso dei requisiti di cui all'avviso pubblico per l'accesso all'iniziativa sociale in oggetto connessa all'emergenza sanitaria da COVID-19 attivata in supporto dei cittadini bisognosi;
- di essere privo di risorse economiche sufficienti;
- **di avere a carico i seguenti familiari:**

<i>nome</i>	<i>cognome</i>	<i>grado di parentela</i>
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____

*(se risultano altri familiari usare un altro foglio)*

- la presenza di n. \_\_\_\_ neonati/infanti di età 0/36 mesi (inserire il/i nome/i nell'elenco dei familiari);

**ALLEGATO d) alla determina n. 46 del 02/04/2020**

- la presenza di componenti n.\_\_\_\_ la cui non autosufficienza è riconosciuta ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92 (inserire il/i nome/i nell'elenco dei familiari);

Altresì, ai fini istruttori,

**DICHIARA**

che il nucleo familiare ha percepito nell'ultimo mese:

- Reddito da lavoro € \_\_\_\_\_
- Reddito di Cittadinanza € \_\_\_\_\_
- Reddito di Inclusione € \_\_\_\_\_
- Pensione Invalidità Civile € \_\_\_\_\_
- Indennità di Accompagnamento € \_\_\_\_\_
- Rendita I.N.A.I.L. € \_\_\_\_\_
- Pensione di reversibilità € \_\_\_\_\_
- NASPI o altro ammortizzatore sociale € \_\_\_\_\_
- Dispone di valore monetario disponibile su c/c di € \_\_\_\_\_
- Altri emolumenti € \_\_\_\_\_

per un importo complessivo mensile, pari ad € \_\_\_\_\_

***Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti 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).***

Si allega alla presente:

- Documento di riconoscimento in corso di validità;
- Copia permesso di soggiorno per i cittadini extracomunitari;
- (Eventuale) verbale attestante la valutazione con connotazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3 della Legge 104/92.

Terzigno, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ <sup>(1)</sup>

Luogo e data

Firma del/la dichiarante (per esteso e leggibile)

<sup>1</sup> La firma non va autenticata, ai sensi dell'art. 3, comma 10, legge 15 maggio 1997, n. 127, né deve necessariamente essere apposta alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.