

**MODELLO DI DOMANDA PER L' EROGAZIONE DI BUONI SPESA PER  
L'ACQUISTO DELLA SPESA ALIMENTARE IN FAVORE DEI  
CITTADINI COLPITI DALLA SITUAZIONE ECONOMICA  
DETERMINATASI PER EFFETTO DELL'EMERGENZA COVID-19.**

All'ASP AMBITO 9

Oppure al COMUNE DI \_\_\_\_\_  
(per i cittadini che non sono residenti a Jesi)

**La domanda di accesso al beneficio a valere sul Fondo di solidarietà alimentare può essere presentata solo da uno dei componenti del nucleo familiare che sarà colui il quale acquisterà generi alimentari di prima necessità**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_ - Codice Fiscale \_\_\_\_\_, trovandosi in uno stato di bisogno che, allo stato, gli preclude la possibilità di procurarsi ed acquistare generi alimentari e di prima necessità per sostenere il proprio nucleo familiare,

**CHIEDE**

di poter accedere al beneficio del "Buono Spesa" di cui all'art. 1, comma 3, dell'Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, per l'acquisto di alimenti di prima necessità.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci,

**DICHIARA, PER SE E PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE**

(barrare le voci che interessano):

- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
- di essere privo di qualsiasi reddito e/o copertura assistenziale;
- di essere percettore di Reddito di cittadinanza per un importo di € \_\_\_\_\_;
- di trovarsi nella condizione di disoccupato a far data dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e che prima di tale data era impiegato presso \_\_\_\_\_ con la mansione di \_\_\_\_\_;



- di non percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare Pubblico;
- di percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare Pubblico nella misura mensile di € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_;
- di essere percettore di CIG o CIGS non dovuta a emergenza COVID nella misura mensile di € \_\_\_\_\_;
- di aver perso il lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati da Governo e Regione Marche in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19. A tal fine dichiara che era impiegato presso \_\_\_\_\_, con la mansione di \_\_\_\_\_ e che il rapporto si è interrotto in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_;
- di non aver richiesto e di non essere destinatario di alcuna delle misure di sostegno economico previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto “Cura Italia”) pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020;
- di aver richiesto, in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, l’accesso ad una delle misure di sostegno economico \_\_\_\_\_ (*specificare quale*) previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto “Cura Italia”) pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020;
- che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_ componenti, di cui n. \_\_\_\_ figli e n. \_\_\_\_ altro, conformemente a quanto risultante dallo stato di famiglia;
- che il reddito percepito nell’anno 2019\* è stato pari ad € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_;
- \*Qualora la dichiarazione dei redditi non sia stata ancora presentata, è sufficiente indicare il reddito stimato*

**Eventuali note:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto. I dati richiesti, che non rappresentano in alcun modo motivi di esclusione, sono necessari ai fini di dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici, finalizzata all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare.**

Allega alla presente copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Si allega documento di identità in corso di validità

*Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza l'ASP AMBITO 9 al trattamento dei propri dati personali, esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all'art. 13 del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dall'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).*

**N.B.: L'ASP AMBITO 9 e/o il Comune di residenza si riservano la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati, procedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente.**