



COMUNE DI ROCCA DI PAPA
(Città Metropolitana di Roma Capitale)

Al Comune di Rocca di Papa
Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: Richiesta assegnazione “Bonus Spesa” per l’acquisto di generi alimentari, beni di prima necessità e farmaci – DPCM del 29/03/2020 Ordinanza della Protezione Civile n. 658 DGR n.946 del 01/12/2020 – Misure urgenti - Emergenza Covid-19

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ - () il ___/___/_____
residente a _____ in via _____ n. _____
tel. _____ cell. _____ email _____
Documento di Identità _____ n. _____
rilasciato da _____ il _____ scadenza _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

la concessione dei bonus spesa del Comune di Rocca di Papa per l’acquisto di beni di prima necessità:

- Alimentari e/o altro
- Farmaci

A tale scopo, ai sensi del D.P.R. 445 consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 dei succitati D.P.R. 445/2000 e che, inoltre qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

DICHIARA

ai sensi del D.P.R.445/2000, consapevole che l’amministrazione comunale si riserverà di effettuare verifiche in itinere ed ex post di quanto dichiarato nella presente autocertificazione

- di essere cittadino/a italiano/a
- di essere cittadino/a di un Paese dell’U.E. diverso dall’Italia
- di essere cittadino/a di un Paese non appartenente all’U.E. con regolare permesso di soggiorno

1. di essere residente nel Comune di Rocca di Papa;

2. di essere percettore di Reddito di Cittadinanza SI NO se SI pari a € _____

3. che la composizione del proprio nucleo familiare quale risulta dallo stato di famiglia anagrafico è la seguente:

nr.	<i>cognome e nome</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>data nascita</i>	<i>rapporto parentela</i>	<i>Attività lavorativa</i>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

DICHIARA ALTRESI'

di essere a conoscenza che ogni nucleo familiare potrà beneficiare del Bonus di Solidarietà Alimentare come di seguito riportato:

- NUCLEO con 1 persona € 100,00
- NUCLEI fino a 2 persone € 200,00
- NUCLEI da 3 a 4 persone € 300,00
- NUCLEI con 5 persone o più € 400,00

4. che nel proprio nucleo familiare, nessun componente percepisce pensione da lavoro

SI NO

5. che nessun componente è dipendente pubblico o privato

SI NO

6. di essere in carico ai Servizi Sociali del proprio Comune di Residenza

SI NO

7. di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità (per i cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea)

SI NO

8. di essere o non essere beneficiario di altre forme di sostegno al reddito erogato da Enti pubblici (Reddito di Emergenza, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, e/o altre forme di sostegno previste a livello locale o Regionale

SI NO se SI quali _____ per un importo mensile pari a € _____

9. di trovarsi in una situazione di bisogno a causa dell'applicazione delle norme relative al contenimento della epidemia da Covid-19, dichiarando ai sensi del D.P.R.445/2000 le seguenti motivazioni:

.....
.....
.....
.....

Dichiara infine, di impegnarsi all'acquisto di soli generi alimentari, ad esclusione di alcolici e Superalcolici

SI NO

di essere informato ed autorizza la raccolta dei dati per l'emanazione del provvedimento amministrativo ai sensi dell'art. 10 della L. 675/96.

Si allega copia del documento di identità del dichiarante in **alternativa si autocertifica, ai sensi del D.P.R.445/2000:**

Documento di Identità del richiedente _____ rilasciato da _____
il _____ n. _____ scadenza _____

N.B. Per i cittadini non appartenenti all'U.E. riportare estremi del permesso di soggiorno.

La/Il dichiarante

Luogo li, _____

Tale dichiarazione deve essere trasmessa con mail (art. 38 D.P.R. 445/2000) al seguente indirizzo:

protocollo@comune.roccadipapa.rm.it

Esclusivamente nel caso in cui il richiedente non abbia le competenze e gli strumenti telematici necessari per la compilazione e l'invio della domanda, ci si può rivolgere all'Ufficio Servizi Sociali obbligatoriamente previo appuntamento telefonico ai numeri 0694286144 – 0694286196 – 0694286171.