



CITTÀ DI  
ROCCA DI PAPA  
CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA



**Distretto**

Socio Sanitario RM6/1

Al Comune di Rocca di Papa  
Ufficio Servizi Sociali

[buonaspesa@comune.roccadipapa.rm.it](mailto:buonaspesa@comune.roccadipapa.rm.it)

**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. 138 del 31/03/2020 – Misure urgenti - Emergenza Covid-19**

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

Documento di Identità \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

scadenza \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la concessione dei buoni 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. n. 445 consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall’art. 76 del succitato 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 \_\_\_\_\_

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 e la seguente:

<i>nr.</i>	<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 ALTRESÌ

di essere a conoscenza che ogni nucleo familiare potrà beneficiare del buono spesa:

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 Cittadinanza, REI, 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 paria 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:

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



CITTÀ DI  
ROCCA DI PAPA  
CITTÀ METROPOLITANA DI ROMA



**Distretto**  
Socio Sanitario RM6/1

**Dichiara** infine, di impegnarsi all'acquisto di soli generi alimentari, farmaci e prodotti di prima necessità ad esclusione di alcolici e superalcolici

SI  NO

Dichiara di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018, che i dati personali contenuti nella presente istanza verranno trattati esclusivamente per fini istituzionali e per la fruizione di prestazioni agevolate, coerentemente con le disposizioni vigenti in materia.

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

Documento di Identità \_\_\_\_\_

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 via mail (art. 38 D.P.R. 445/2000) all'indirizzo **buonaspesa@comune.roccadipapa.rm.it**.

Esclusivamente nel caso in cui il richiedente non abbia a disposizione una mail, potrà essere consegnata all'Ufficio Protocollo (viale Enrico Ferri 67, 1° piano), il martedì dalle ore 15.30 alle 17.30 e il venerdì dalle ore 9.00 alle 13.00. Negli altri giorni, è possibile consegnarlo al Centro Operativo Comunale (viale Campi d'Annibale 135).

**Per informazioni** contattare il Servizio Sociale comunale dal lunedì al venerdì, dalle ore 9.00 alle ore 13.00 ai seguenti numeri: 06 94286176 – 06 94286162.