



# Comune di Capoliveri

(Isola D'Elba)

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SPESA  
IN RISPOSTA ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID-19  
(da presentare entro il giorno 17/12/2020 a pena di esclusione a:  
protocollo@comune.capoliveri.li.it  
o a mano C/O ufficio protocollo**

Il sottoscritto/a .....

nato/a ..... il ..... residente a Capoliveri

in via/piazza ..... n. ....

Nazionalità ..... Codice Fiscale .....

Numero telefono .....

Identificato a mezzo di (estremi documento di  
identità).....

Rilasciato il  
..... da.....

Indirizzo pec/mail  
.....

## **RICHIEDE**

di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare con l'erogazione dei **buoni spesa**

## **DICHIARO**

- di essere residente nel Comune di Capoliveri;
- che il proprio nucleo familiare risulta composto da n° ..... componenti, compreso il richiedente;
- che il nucleo vive in abitazione  di proprietà  
 in affitto

- che sono presenti n° ..... persone con disabilità;
- di essere lavoratore dipendente a tempo  indeterminato  determinato;
- di essere titolare di uno o più depositi e conti correnti bancari per i quali il saldo sia superiore ad € 6.000, 00, accresciuto di € 2.000,00 per componente e comunque non superiore a €10.000,00;
- di **non** avere reti familiari e di prossimità per far fronte alle esigenze alimentari;
- di percepire contribuzioni economiche pubbliche mensili ( reddito di cittadinanza, pensione sociale e assegno sociale, pensione di inabilità, contributi economici comunali di sussistenza, ammortizzatori sociali) – indicare importo e nominativo del componente che riceve:

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

- che il valore **ISEE(1)** indicato nell’attestazione Isee 2020 relativo al mio nucleo familiare, è di € .....
- di avere avuto una diminuzione del reddito del nucleo familiare in misura pari o superiore al 30% (trenta per cento) per cause riconducibili all’emergenza epidemiologica da Covid-19;
- consapevole che il Comune di Capoliveri, non inoltrerà comunicazioni personali circa l’eventuale esclusione o collocazione nella graduatoria derivante dall’Avviso Pubblico;
- consapevole che, come previsto dalla delibera di G.R. n. 71 del 06.02.2006, gli elenchi degli aventi diritto saranno utilizzati per i controlli ai sensi dell’art. 11 del DPR 403/98 e dell’articolo 6 comma 3 del DPCM n. 221/1999;
- **consapevole che non sarà pubblicata alcuna graduatoria provvisoria e che, pertanto, la parziale compilazione della domanda, comporterà l’esclusione dalla graduatoria;**

**DICHIARO ALTRESI’:**

**(lavoratori dipendenti e altre forme di collaborazione con contratti non a tempo indeterminato di qualsiasi tipologia)**

di essere dipendente o collaboratore della ditta/società/impresa/cooperativa

.....  
 .....

di avere avuto una riduzione delle ore di lavoro, oppure di essere in stato di cassa integrazione, oppure (specificare altre motivazioni) .....  
 a causa dell’emergenza epidemiologica Covid-19;

**(lavoratori autonomi)**

di essere lavoratore autonomo:

- P. IVA .....

- codice ATECO .....

che, a causa dell'emergenza epidemiologica Covid-19, dalla data del ..... ho sospeso l'attività lavorativa;

Dichiara, altresì, di essere a conoscenza che, nel caso di erogazione di una prestazione sociale agevolata, potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità della situazione reddituale. I dati acquisiti con la presente domanda saranno trattati e conservati dall'Amministrazione comunale di Capoliveri nel rispetto del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata.

Dichiaro di aver ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196.

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

- copia del documento di identità;
- documentazione relativa alla riduzione o alla sospensione dell'attività lavorativa.

Data \_\_\_\_\_

*Firma*

\_\_\_\_\_

(1) indicare il valore ISEE e non il valore ISE