



COMUNE DI SANT'AGATA FELTRIA  
PROVINCIA DI RIMINI  
Piazza Garibaldi, 35 - 47866 Sant'Agata Feltria (RN)  
Tel.: 0541.929613 - Fax 0541.848591  
[www.comune.santagatafeltria.rn.it](http://www.comune.santagatafeltria.rn.it)

**DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI CONTRIBUTO A SOSTEGNO DEI NUCLEI FAMILIARI IN CONDIZIONI DI DISAGIO ECONOMICO DOVUTO ALL'EMERGENZA COVID-19**

**Emergenza Coronavirus: richiesta buoni spesa**

Domanda di contributo a carattere assistenziale da erogarsi tramite buoni spesa come previsto dal Ordinanza del Direttore del Dipartimento di Protezione Civile n° 658 del 29 marzo 2020 (Decreto Legge 23 novembre 2020, n. 154 art. 2)

**Dati del richiedente:**

Nome

Cognome

Luogo di nascita

Data di nascita nel formato gg/mm/aaaa

Codice fiscale

Residenza (via, n. civico, città)

N. telefono

E-mail

**Il/La sottoscritto/a RICHIEDE l'erogazione del voucher spesa previsto dal DPCM 28/03/2020, ordinanza n. 658 (Decreto Legge 23 novembre 2020, n. 154 art.2)**

consapevole che in caso di dichiarazione mendace incorrerà nelle sanzioni previste dal codice penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, 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 delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000)

In qualità di

- diretto interessato  
 tutore/amministratore di sostegno

Dati del tutelato/amministrato

Nome

Cognome

Luogo di nascita

Data di nascita nel formato gg/mm/aaaa

Codice fiscale

Residenza (via, n. civico, città)

**DICHIARAZIONI ai fini dell'accesso al beneficio**

Requisiti di accesso:

- dichiaro di essere residente nel Comune di San Sant'Agata Feltria  
OPPURE
- dichiaro di trovarmi nel Comune di Sant'Agata Feltria per avere od avere avuto un contratto di lavoro con una impresa del territorio comunale

Domicilio a Sant'Agata Feltria per motivi di lavoro indicare via e n. civico

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

- di NON essere risultato beneficiario nella prima raccolta di richieste dei medesimi buoni spesa

**Il/La sottoscritto/a DICHIARA (le condizioni di cui sotto devono essere obbligatoriamente tutte e tre contemporaneamente presenti e si riferiscono al nucleo familiare)**

- di aver avuto un Reddito lordo 2019 ai fini Irpef o altre imposte sostitutive complessivo dell'intero nucleo familiare inferiore a Euro 40.000 oppure a Euro 60.000 se con due o più figli
- di aver avuto disponibilità finanziarie liquide al 31.12.2020:
- inferiori a Euro 5.000 se il nucleo ha un solo componente
  - inferiori a Euro 8.000 se il nucleo ha più di un componente
- di non avere avuto entrate effettive da lavoro, pensione, attività professionale e di impresa o da altra fonte di reddito rilevante ai fini irpef o altre imposte sostitutive nel mese di novembre, superiori a Euro 700 per componente del nucleo (come valore medio)

Nucleo familiare

	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4+</b>
N. di componenti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N. minori	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N. disabili	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N. familiari con più di 70 anni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Il/La sottoscritto/a DICHIARA**

- di non avere avuto erogato il Reddito di cittadinanza, Reddito di solidarietà, Reddito di inclusione, pensione di cittadinanza o altri ammortizzatori sociali (fis, naspi, ecc)
- di far parte di un nucleo familiare monoreddito

**Dichiarazioni per i nuclei familiari monoreddito**

**Il/La sottoscritto/a DICHIARA**

- che il proprio titolare ha richiesto trattamento di sostegno al reddito
- che il proprio datore di lavoro ha richiesto ammissione al trattamento di sostegno del reddito, ai sensi del D.L. 18/2020
- che il proprio datore di lavoro ha sospeso e/o ridotto l'orario di lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore

**Documento di riconoscimento**

Tipo di documento

- carta d'identità
- patente
- passaporto

Numero del documento

Ente di emissione indicare l'autorità che ha rilasciato il documento

Data di emissione indicare la data nel formato gg/mm/aaaa

*Informativa sul trattamento dei dati personali Ai sensi e per gli effetti dell'Articolo 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation", informiamo che il Comune di Sant'Agata Feltria tratta i dati personali da lei forniti e liberamente comunicati. Il Comune di Sant'Agata Feltria garantisce che il trattamento dei suoi dati personali si svolge nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della sua dignità, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.*

*L'informazione completa è consultabile sul sito istituzionale dell'Ente.*

FIRMA

\_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

**Allegare copia documento di identità del richiedente**