

**ISTANZA PER LA CONCESSIONE DI BENEFICI  
EMERGENZA COVID-19**

(dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445))

ALL'UFFICIO SOCIALE  
DEL COMUNE DI CALVERA (PZ)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Telefono fisso \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di accedere alle misure di sostegno economico previste dall'ordinanza del Dipartimento della Protezione civile n 658 del 29.03.2020, dalla D.G.R. Basilicata Fondo Social Card Covid-19 e dall'avviso pubblico prot. N.785 del 03.04.2020 per far fronte alle esigenze alimentari e di prodotti di prima necessità del proprio nucleo familiare.

A tal fine , consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445, relativo a falsità in atti e dichiarazioni mendaci e di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n. 445/2000, e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiere, di cui all'art.75 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, fatte salve, in ogni caso, le sanzioni penali previste dall'art. 76

**DICHIARA**

- 1) di essere in condizioni di bisogno dettate dall'applicazione delle misure urgenti in materia di contenimento gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19
- 2) di essere :
  - cittadino italiano
  - cittadino di uno Stato appartenente all'Unione Europea
  - cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea e di essere in possesso di permesso di soggiorno, in corso di validità
  - residente/domiciliato nel Comune di Calvera
- 3) che nessun altro componente del nucleo familiare ha fatto né farà richiesta finalizzata a ottenere il medesimo beneficio
- 4) che il nucleo familiare è così composto:  
Nucleo familiare composto da \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ persone di cui:
  - Conviventi \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

- Soggetti invalidi/handicap (Legge 104) n. \_\_\_\_\_
- Minorenni n. \_\_\_\_\_
- Presenza di una donna in stato di gravidanza accertata
- Anziani n. \_\_\_\_\_
- Componenti iscritti all'Università n. \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

5) che con riferimento alle indennità e alle provvidenze percepite, da tutti i componenti del nucleo familiare, la situazione è la seguente:

- |                               |                             |                  |         |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------|---------|
| Reddito di cittadinanza       | <input type="checkbox"/> SI | Importo mensile: | € _____ |
| Reddito minimo di inserimento | <input type="checkbox"/> SI | Importo mensile: | € _____ |
| TIS                           | <input type="checkbox"/> SI | Importo mensile: | € _____ |
| Pensioni*                     | <input type="checkbox"/> SI | Importo mensile: | € _____ |
| Indennità di disoccupazione   | <input type="checkbox"/> SI | Importo mensile: | € _____ |
| Bonus bebè/famiglia           | <input type="checkbox"/> SI | Importo mensile: | € _____ |
| Indennità di accompagnamento  | <input type="checkbox"/> SI | Importo mensile: | € _____ |
| Altri Bonus Covid -19 **      | <input type="checkbox"/> SI | Importo mensile: | € _____ |
| Altro                         | <input type="checkbox"/> SI | Specificare      | € _____ |

\* *Pensioni di invalidità civile, cecità, sordomutismo; pensione sociale o assegno sociale; pensioni estere; pensione di guerra o reversibilità di guerra; indennità di accompagnamento; rendita Inail per invalidità permanente o morte; rendite infortunistiche Inail che costituiscono erogazione a carattere risarcitorio; rendite infortunistiche estere che costituiscono erogazione a carattere risarcitorio;*

\*\* *Bonus Covid-19: indennità 600 euro; baby-sitting; congedo parentale; casse integrazioni*

6) di non avere alcuna forma di reddito dal \_\_\_\_\_

7) altre dichiarazioni:

---



---



---

8) di essere consapevole che il trattamento dei propri dati è svolto dal Comune di Calvera, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto di quanto stabilito dal D.lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 (DGPR);

9) di accettare tutte le condizioni individuate dal Comune di Calvera che consentiranno l'accesso al beneficio nonché, con la firma della presente istanza, il conferimento della Delega al Comune di Calvera, in caso di accoglimento della presente istanza e limitatamente al contributo concesso, a effettuare il pagamento del corrispettivo per buoni spesa direttamente al/ai titolare/i dell'attività commerciali presenti nell'elenco pubblicato sul portale del Comune di Calvera

Allego copia di un documento d'identità in corso di validità.

Calvera, li \_\_\_\_\_

Firma

---