



# COMUNE DI VARALLO POMBIA

PROVINCIA DI NOVARA

✉ Via Simonetta n.3 - Villa Soranzo - C.A.P. 28040 - ☎ 0321.95355 FAX 0321.95182

Pec: protocollo@pec.comune.varallopombia.no.it

## Assegnazione Buoni Spesa

Per accesso alla solidarietà alimentare è necessario compilare il modulo di autocertificazione disponibile presso la veranda del Comune, oppure scaricandolo dal sito.

Il termine massimo di presentazione della domanda è fissato per mercoledì 9 dicembre alle ore 18,00.

La richiesta può essere inviata via mail (segreteria@comune.varallopombia.no.it) oppure consegnandola nell'apposito contenitore situato nella veranda negli orari di apertura del Comune.

### Dettaglio requisiti per assegnazione

A seguito del Decreto Legge n. 154 del 23/11/2020 il Comune individua la platea ed il relativo contributo tra i nuclei familiari più esposti agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19.

Saranno presi in considerazione i seguenti criteri che determinano l'effettiva situazione di svantaggio e difficoltà:

- Lavoratori autonomi e/o attività momentaneamente "bloccate" o "limitate" a causa del Covid-19 dalle norme nazionali o regionali;
- Non avere reddito nel nucleo familiare o essere monoreddito;
- Lavoratori dipendenti momentaneamente in difficoltà a causa del Covid-19;
- Disoccupati per cessazione rapporto di lavoro a causa del Covid-19;
- Non assegnatari di sostegno pubblico (es. reddito di cittadinanza);
- Altre situazioni particolari valutate dall'Amministrazione Comunale.



Il Sindaco  
Alberto Pilone



# COMUNE DI VARALLO POMBLIA

PROVINCIA DI NOVARA

✉ Via Simonetta n.3 - Villa Soranzo - C.A.P. 28040 - ☎ 0321.95355 FAX 0321.95182

Pec: protocollo@pec.comune.varallopombia.no.it

## DOMANDA PER L'EROGAZIONE BUONI SPESA O GENERI ALIMENTARI E BENI DI PRIMA NECESSITA'

La/il sottoscritta/o .....

nata/o a ..... il .....

residente a ..... in via .....nr .... / ..... Int. ....

numero di telefono .....,

codice fiscale.....

identificata/o a mezzo di (estremi del documento di identità): .....,

n..... rilasciata il .....da.....

richiede l'erogazione, ai sensi del D.L. 154 del 23 novembre 2020 di buoni spesa o generi alimentari e beni di prima necessità.

A tal fine, 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

1) che la famiglia convivente (alla data ...../...../.....) è composta come risulta dal seguente prospetto;

Cognome e nome	M/F	posizione in fam.	età	stato civile	professione	già conosciuto dal Servizio sociale	Altre informazioni
	--			--		--	
	--			--		--	
	--			--		--	
	--			--		--	
	--			--		--	

Dichiara che la situazione attuale del proprio nucleo familiare è la seguente:

Situazione socio-economica del nucleo:

*(specificare redditi da attività dei vari componenti condizione dei minori presenti nel nucleo, eventuali componenti con disabilità o in condizione di non autosufficienza, altri elementi utili per comprendere la situazione)*

Situazione emergenziale per cui necessita della misura urgente di solidarietà alimentare:  
*(es. interruzione attività lavorativa, assenza di reddito negli ultimi due mesi a causa dell'emergenza covid-19)*

(Barrare la voce che interessa)

- Di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo familiare
- Di ricevere i seguenti contributi pubblici: (specificare: es. Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)

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

Dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

Luogo/data

La/Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
*(nel caso di impossibilità alla sottoscrizione l'Ufficio accerterà l'identità del richiedente)*

**Si allega copia del documento di identità del dichiarante**