



Città di Alessandria

*Spett.le Comune di Alessandria  
mail buonispesa@cissaca.it*

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DI EROGAZIONE  
DI SOSTEGNO ECONOMICO PER EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID 19**  
*In attuazione della OCDPC n. 658 29/03/2020*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Documento di identità tipo \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Rilasciata da \_\_\_\_\_ In data \_\_\_\_\_

Consapevole delle conseguenze penali in materia di false dichiarazioni e delle norme vigenti in materia di autocertificazione

**DICHIARA**

1. Di essere di sesso  M  F e di nazionalità \_\_\_\_\_
2. Di essere nato/a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_
3. Di essere residente in **ALESSANDRIA** Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Di trovarsi nella **seguinte situazione emergenziale** Covid 19 ( es. interruzione attività lavorativa, assenza di reddito nell'ultimo uno/due mesi a causa Covid 19)

Descrivere sinteticamente la situazione

---

---

Dichiara inoltre: (barrare le voci che interessano)

- di non possedere un patrimonio mobiliare superiore ad €. 6.000,00, incrementato di €. 2.000,00 per ogni componente del nucleo familiare successivo al primo, fino a un massimo di €.10.000,00, come previsto dall'art. 5, comma 6 del DPCM 159/2013 (decreto ISEE);
- di non possedere beni immobili oltre la prima casa, residenza del nucleo familiare;
- di non aver percepito, nei primi tre mesi dell'anno in corso, un reddito familiare lordo complessivo superiore a quello indicato nella sottostante tabella, calcolato sulla scorta della retribuzione lorda al netto dei contributi previdenziali per i lavoratori dipendenti e come reddito netto dell'attività, determinato per cassa per i lavoratori autonomi (tale soglia di reddito è calcolata sulla base della soglia di povertà ISTAT per i comuni del Nord con popolazione tra 50.000 e 250.000 abitanti).

L'importo del contributo erogabile tramite voucher/buoni pasto è calcolato utilizzando la scala di equivalenza ISEE, sulla base di un contributo settimanale di € 50,00 a persona, arrotondato al fine di consentire l'erogazione di voucher/buoni pasto del valore di € 25,00 e multipli, come dettagliato nella tabella seguente:

| <b>Numero componenti</b> | <b>Reddito massimo</b> | <b>Scala equivalenza ISEE</b> | <b>Importo buono settimanale</b> | <b>Importo buono settimanale arrotondato</b> |
|--------------------------|------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--|
| 1                        | 2.385,00               | 1                             | 50,00                            | 50,00  |
| 2                        | 3.321,00               | 1,57                          | 78,75                            | 75,00  |
| 3                        | 4.200,00               | 2,04                          | 102,00                           | 100,00                                       |

|    |          |      |        |        |
|----|----------|------|--------|--------|
| 4  | 5.085,00 | 2,46 | 123,00 | 125,00 |
| ≥5 | 5.889,00 | 2,85 | 142,50 | 150,00 |

- di non beneficiare di sostegno pubblico (RdC, ReI, Naspi, Indennità di Mobilità, Cassa Integrazione guadagni o altre forme di sostegno previste a livello regionale o comunale);
- di non essere percettore di aiuti economici a qualsiasi titolo percepiti
- di percepire aiuti economici nel corrente mese da \_\_\_\_\_ per un importo non superiore a € 100 mensili

che i componenti del proprio nucleo familiare, oltre al/lla sottoscritto/a, sono i seguenti:

| Cognome e nome | Luogo e data di nascita | Grado di parentela |
|----------------|-------------------------|--------------------|
|                |                         |                    |
|                |                         |                    |
|                |                         |                    |
|                |                         |                    |

Dichiara la presenza di particolari condizioni che accrescono il livello di fragilità familiare ( presenza minori al di sotto di anni tre; intolleranze alimentari)

---



---



---

**A corredo della presente il sottoscritto dichiara altresì che tutti i componenti del proprio nucleo familiare rientrano nelle casistiche sopra indicate e di essere economicamente impossibilitato all'acquisto di generi di prima necessità.**

**A seguito dell'accettazione della domanda verranno indicate le modalità con cui si potrà beneficiare dei buoni spesa.**

Il sottoscritto dichiara inoltre:

di aver preso atto che i dati personali, verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 196/2003 – CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI e con la presente ne autorizza l'utilizzo.

Si precisa che le dichiarazioni sostitutive di certificazione dei requisiti, rilasciate dai richiedenti ai sensi del DPR 445/2000, potranno essere oggetto di controllo e verifiche con la collaborazione degli organi competenti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Si allega copia di un valido documento di riconoscimento.