

**RICHIESTA  
PER IL RILASCIO DI VOUCHER SPESA**

*ai sensi dell'OCDPC 29 marzo 2020, n. 658-Deliberazioni G.C. n.32 del 31/03/2020 e n.38 del 03.08.2021*

**E AUTOCERTIFICAZIONE**

*(D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, art. 46)*

**Spett.le Comune di Codrongianos -**

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

facente parte del nucleo familiare come da atti dell'anagrafe di Codesto Ente, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, dichiara sotto la propria responsabilità

**CHIEDE**

di essere ammesso al beneficio "Voucher spesa" di cui all'OCDPC n.658 del 29 marzo 2020 e Deliberazioni della Giunta Comunale n.32 del 31/03/2020 e n.38 del 03/08/2021, per sé e il proprio nucleo familiare e, a tal fine

**DICHIARA ED AUTOCERTIFICA**

**A) la propria condizione di disagio conseguente al perdurare dell'emergenza** in considerazione dei seguenti elementi:

1) Reddito complessivo MENSILE del nucleo familiare (redditi da lavoro e/o pensioni o altri redditi es. riscossione affitti) percepito in ciascun mese dell'ultimo bimestre (compreso il mese di richiesta, se già percepito)

o mese di \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_; mese di \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ data ultimo reddito \_\_\_\_\_

2) Assenza disponibilità di denaro sul conto corrente

3) Situazione patrimoniale abitazione (es. mutuo, affitto) \_\_\_\_\_ importo € \_\_\_\_\_ al mese

4) Situazione lavorativa attuale di tutti i componenti il nucleo familiare (esclusi i minori di 16 anni):

5) Altri benefici e/o forme di sostegno pubblici percepiti: ad esempio importo RDC, REIS, Reddito di emergenza, Rdc, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale), importo mensile (sono esclusi i benefici per particolari patologie o altre leggi di sostegno alla disabilità ecc.):

Tipo di sostegno \_\_\_\_\_ Importo mensile \_\_\_\_\_

6) *Altre motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini dell'ammissione al beneficio* (indicare eventuale importante riduzione di reddito rispetto al periodo precedente l'emergenza covid19, e/o sopravvenute spese straordinarie, e ogni altro elemento ritenuto utile alla valutazione)

**B) Di non disporre alla data odierna di sufficienti risorse economiche per l'acquisto dei beni di prima necessità**

Codrongianos, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

**Firma**

**Allegare C.I. dichiarante**