

**MODULO AUTOCERTIFICAZIONE PER ACCERTAMENTO DELLA CONDIZIONE DI
INDIGENZA DELLA PERSONA/FAMIGLIA RICHIEDENTE AIUTO**

AL COMUNE DI MONGRASSANO

Email : **bonus@comune.mongrassano.cs.it**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A
_____ IN DATA _____
E RESIDENTE IN _____ ALLA
_____ C.A.P. _____, CODICE
FISCALE _____, NUMERO DI TELEFONO
_____, MAIL _____

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE IN CASO DI DICHIARAZIONE
MENDACE (ART. 76 D.P.R. 445/2000 E ARTT. 476 SEGG. CODICE PENALE)

**CHIEDE DI ESSERE AMMESSO AL CONTRIBUTO PER ACQUISTO DI GENERI
ALIMENTARI E PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA' ALIMENTARI DI CUI
ALL'ORDINANZA DI PROTEZIONE CIVILE NR. 658 DEL 29/03/2020**

E A TAL FINE DICHIARA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. N. 445/2000:

CHE NEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE NON È PRESENTE PENSIONATO O
LAVORATORE LA CUI ATTIVITÀ NON SIA STATA SOSPESA PER EFFETTO DEI D.P.C.M. DEL
9 E 23 MARZO E CHE PERTANTO PUÒ BENEFICIARE DEI "BUONI SPESA"

DICHIARA ALTRESÌ:

- a. CHE NEL CORSO DELL'ANNO 2018 IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE HA PERCEPITO,
A QUALSIATI TITOLO I SEGUENTI REDDITI SOTTO RIPORTATI A FIANCO DI
CIASCUN COMPONENTE CON INDICAZIONE DELLA PROPRIA CONDIZIONE
LAVORATIVA :

h. DI ACCETTARE INTEGRALMENTE I CRITERI DI VALUTAZIONE COME SOTTO SPECIFICATI:

A.1 CRITERI SITUAZIONE REDDITUALE ANNO 2018

DA	A	PUNTI
0,00 €	1.000,00 €	10
1.001,00 €	2.000,00 €	9
2.001,00 €	3.000,00 €	8
3.001,00 €	4.000,00 €	7
4.001,00 €	5.000,00 €	6
5.001,00 €	6.000,00 €	5
6.001,00 €	7.000,00 €	4
7.001,00 €	8.000,00 €	3
8.001,00 €	9.000,00 €	2
9.001,00 €	10.000,00 €	1
10.001,00 €	OLTRE	0

A.2 CRITERI SITUAZIONE ABITATIVA

DESCRIZIONE	PUNTI
PROPRIETA' CON MUTUO	7
PROPRIETA' SENZA MUTUO	5
LOCAZIONE ONEROSA	10
COMODATO GRATUITO	5

A.3 CRITERI SITUAZIONE LAVORATIVA DEL DICHIARANTE

DESCRIZIONE	PUNTI
LAVORATORE DIPENDENTE – FULL TIME	0
LAVORATORE DIPENDENTE – PART TIME	5
TITOLARE DI PARTITA IVA	0
DISOCCUPATO	10

A.4 CRITERI NUCLEO FAMILIARE

NUMERO COMPONENTI	PUNTI
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10

A.5 CRITERI FIGLI MINORI

NUMERO COMPONENTI	PUNTI
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10

A.6 CRITERI CONDIZIONI PARTICOLARI (DISABILITA' O DIPENDENZA)

DESCRIZIONE	N.	PUNTI
DISABILE O DIPENDENZA	1	3
DISABILE O DIPENDENZA	2	5
DISABILE O DIPENDENZA	3 o più	7

A.7 CRITERI AGEVOLAZIONI IN CORSO

DESCRIZIONE	PUNTI
BENEFICIARIO BANCO ALIMENTARE	- 10
TITOLARE CARTA REI	- 10
TITOLARE CARTA REDDITO DI CITTADINANZA	- 10
NASPI O ALTRI AMMORTIZZATORI SOCIALI	- 10

DICHIARA ALTRESÌ DI ESSERE INFORMATO, TRAMITE APPOSITA INFORMATIVA RESA DISPONIBILE DALL'ENTE A CUI È INDIRIZZATO IL PRESENTE DOCUMENTO, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEGLI ARTICOLI 13 E SEG. DEL REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI (RGPD-UE 2016/679), CHE I DATI PERSONALI RACCOLTI SARANNO TRATTATI, ANCHE CON STRUMENTI INFORMATICI, ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE LA PRESENTE ISTANZA/DICHIARAZIONE VIENE RESA.

ALLEGA UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

IL/LA DICHIARANTE

.....
(luogo e data)