



# COMUNE DI COLLAZZONE

*Provincia di Perugia*

Al Comune di Collazzone

P.zza Jacopone,6

06050 Collazzone (PG)

PEC: [comune.collazzone@postacert.umbria.it](mailto:comune.collazzone@postacert.umbria.it)

## **RICHIESTA SOSTEGNO EMERGENZA COVID-19**

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

Il/la sottoscritt / \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_,  
C.F. \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via/piazza  
\_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_,  
mail \_\_\_\_\_, con la presente

### **CHIEDE**

di usufruire del buono spesa **una tantum** previsto dal Decreto Legge 23 novembre 2020, n. 154, e dall'ordinanza del Dipartimento della Protezione Civile n 658 del 29.03.2020 per far fronte alle esigenze alimentari del proprio nucleo familiare composto dalle seguenti persone:

(indicare nome e cognome e data di nascita e grado di parentela)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

A tale scopo, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

### **DICHIARA**

(Barrare la casella di interesse)

- Che il proprio nucleo familiare, al momento della presentazione della presente istanza, non ha fonte di reddito attiva e che non ha accumuli bancari o postali a qualsiasi titolo superiori a € 8.000,00;
- Che il proprio nucleo familiare, al momento della presentazione della presente istanza, ha una fonte di reddito mensile attiva calcolata per un importo non superiore a € 350,00 per ogni componente nucleo familiare, in possesso di un regolare contratto di locazione, che non ha accumuli bancari o postali a qualsiasi titolo superiori a € 8.000,00; (es 2 componenti nucleo familiare max 700€)
- Che il proprio nucleo familiare, al momento della presentazione della presente istanza, ha una fonte di reddito mensile attiva calcolata per un importo non superiore a € 250,00 per ogni componente nucleo familiare, che non paga regolare affitto che non ha accumuli bancari o postali a qualsiasi titolo superiori a € 8.000,00; (es 2 componenti nucleo familiare max €500)
- Che nel proprio nucleo familiari ci sono componenti che hanno perso il lavoro (specificare);



**COMUNE DI COLLAZZONE**  
*Provincia di Perugia*

---

---

---

---

- Che nessun componente del nucleo familiare usufruisce il reddito assistenziale (Reddito di Inclusione/REI o di Reddito/Pensione di Cittadinanza o altra forma di sostegno pubblico);
- Che nel proprio nucleo familiare è presente almeno un minore di anni 4 o inferiore;
- Che nessuno dei componenti il nucleo familiare ha presentato istanza per ottenere il medesimo beneficio;

**Ovvero, quale intestatario della scheda di famiglia, indica le ulteriori motivazioni che ritiene possano rientrare nel campo di applicazione dell'ordinanza della Protezione Civile a seguito dell'emergenza Covid-19 per i seguenti motivi:**

- Che il nucleo familiare è già in carico ai Servizi Sociali per situazioni di criticità, fragilità, multi problematicità;
- Che è un nucleo monogenitoriale privo di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori;
- Che nel proprio nucleo familiare sono presenti le seguenti persone con disabilità certificata: (indicare nome e cognome, grado di invalidità e specificare se percettore di indennità di accompagnamento)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

- Di essere lavoratore autonomo con fermo attività;

altro:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Allega, a pena di irricevibilità dell'istanza, un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.

Luogo, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante  
(per esteso e leggibile)

Ai sensi del D. Lgs. 101/2018 e del Regolamento UE n° 679/2016, si informa che i dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati e utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali ad esso collegate.