

**AL COMUNE DI POGLIANO MILANESE  
da inviare:**

- tramite mail a [info@poglianomilanese.org](mailto:info@poglianomilanese.org)

- a mano al protocollo dell'Ente

(previo appuntamento telefonico al n. 029396441)

**Domanda di accesso all'assegnazione BUONI SPESA/ FASE 3  
Secondo intervento (aprile 2021)**

(articolo 2 del decreto legge 23 novembre 2020, n. 154 recante "Misure finanziarie urgenti  
connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19")

\_I\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
identificato a mezzo \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ utenza telefonica \_\_\_\_\_  
eventuale indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

*consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,*

**D I C H I A R A**

- ☐ Di non essere stato soggetto assegnatario di BUONI SPESA/ FASE 3 – primo intervento  
- mese di dicembre 2021;

che il proprio nucleo familiare è complessivamente composto da n. \_\_\_\_\_ persone, di cui:

- ☐ n. \_\_\_\_\_ lavoratori  
☐ n. \_\_\_\_\_ minori  
☐ n. \_\_\_\_\_ persone con disabilità (L.104/92);

- ☐ che il proprio nucleo familiare ha subito una riduzione/perdita della capacità economica per cause riconducibili agli effetti dell'Emergenza COVID19 quali:  
***(indicare qui sotto il/i nominativo/i del/dei componente/i del nucleo che hanno subito la riduzione/perdita della capacità economica e barrare l'opzione che ricorre):***

- Nominativo \_\_\_\_\_  
☐ Cassa Integrazione Guadagni  
☐ Sospensione attività in proprio  
☐ Chiusura attività in proprio  
☐ Congedo parentale 50%  
☐ Malattia per COVID-19

- Nominativo \_\_\_\_\_  
☐ Cassa Integrazione Guadagni  
☐ Sospensione attività in proprio  
☐ Chiusura attività in proprio  
☐ Congedo parentale 50%  
☐ Malattia per COVID-19

☐ Altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ Altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nominativo \_\_\_\_\_  
☐ Cassa Integrazione Guadagni  
☐ Sospensione attività in proprio  
☐ Chiusura attività in proprio  
☐ Congedo parentale 50%  
☐ Malattia per COVID-19  
☐ Altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nominativo \_\_\_\_\_  
☐ Cassa Integrazione Guadagni  
☐ Sospensione attività in proprio  
☐ Chiusura attività in proprio  
☐ Congedo parentale 50%  
☐ Malattia per COVID-19  
☐ Altro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ per i componenti del nucleo familiare **se dipendenti:**

Nominativo	Nome azienda	Richiesta Cassa Integrazione	Data richiesta e N. protocollo (se conosciuti)
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

☐ per i componenti del nucleo familiare **se lavoratori autonomi:**

Nominativo	Nome azienda e codice ATECO	Data Sospensione Attività	Richiesta Bonus P.I.	Data richiesta e N. protocollo (se conosciuti)
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

☐ di essere in possesso di un **ISEE pari o inferiore ad € 12.000,00**, che si allega alla presente istanza (pena esclusione in caso di mancata presentazione);

☐ **che il saldo** del patrimonio mobiliare (conto corrente bancario/postale e conto titoli), **alla data del 31.03.2021 è inferiore a € 5.000,00** se il nucleo familiare ha fino a tre componenti e **inferiore a € 8.000,00** se il nucleo familiare ha più di tre componenti;

Conto n. \_\_\_\_\_ Nominativo Intestatario \_\_\_\_\_ €. \_\_\_\_\_

Conto n. \_\_\_\_\_ Nominativo Intestatario \_\_\_\_\_ €. \_\_\_\_\_

Conto n. \_\_\_\_\_ Nominativo Intestatario \_\_\_\_\_ €. \_\_\_\_\_

che il nucleo familiare vive in un'abitazione (barrare l'opzione che ricorre):

- ☐ di proprietà
  - ☐ locazione alloggio pubblico importo mensile €. \_\_\_\_\_
  - ☐ locazione alloggio privato importo mensile €. \_\_\_\_\_
  - ☐ comodato d'uso ☐ gratuito ☐ oneroso con importo mensile €. \_\_\_\_\_
  - ☐ altro \_\_\_\_\_
- ☐ che uno dei componenti il nucleo familiare ha contratto un mutuo per l'acquisto della casa di abitazione con rata mensile di €. \_\_\_\_\_ per il quale ha:
  - ☐ presentato in data \_\_/\_\_/\_\_\_\_ domanda per la sospensione del pagamento del mutuo
  - ☐ non ha presentato domanda di sospensione;
- ☐ che i componenti il nucleo familiare sono proprietari e/o comproprietari di altre proprietà immobiliari, oltre alla casa di abitazione, da cui derivano canoni di locazione effettivamente pagati nei mesi di febbraio e marzo €. \_\_\_\_\_

☐ di godere di misure pubbliche a sostegno del reddito quali (barrare l'opzione che ricorre):

<u>Tipologia di sostegno</u>	<u>Nominativo percettore</u>	<u>Importo mensile</u> <u>percepito</u>	<u>Dalla data</u>
Reddito di cittadinanza		€.	
NASPI		€.	
Cassa integrazione guadagni		€.	
Indennità di disoccupazione		€.	
Indennità di mobilità		€.	
Assegno di nucleo		€.	
Assegno di maternità		€.	
Bonus bebè		€.	
Altro _____		€.	

- ☐ che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato istanza di accesso al Fondo di solidarietà alimentare (Ordinanza n. 658 del 29.03.2020)

Tanto sopra premesso,   l' sottoscritt'  

## **C H I E D E**

di essere destinatari' delle risorse di solidarietà alimentari trovandosi in una delle seguenti condizioni (barrare l'opzione che ricorre):

- ☐ privazione/riduzione di reddito - anche temporanea - a causa degli effetti dell'emergenza sanitaria COVID-19 (dal 24/02/2020);
- ☐ condizione transitoria di malattia legata a COVID- 19 che determina disagio socio-economico (*ricovero e post-ricovero ospedaliero, isolamento domiciliare volontario, isolamento domiciliare fiduciario, quarantena*);

  l' sottoscritt' dichiara inoltre di essere informato che tale contributo ha valore UNA TANTUM.

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio (Regolamento GDPR).

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### **Si allega:**

- copia documento d'identità in corso di validità;
- copia permesso di soggiorno in corso di validità
- dichiarazione ISEE in corso di validità

### **Informativa ai sensi art.13 Regolamento U.E. 2016/679 (regolamento generale protezione dati).**

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.

Il trattamento viene effettuato con finalità di interesse pubblico connesse all'erogazione di risorse alle famiglie per sostegno alimentare.

Il titolare del trattamento dei dati è il COMUNE di Pogliano Milanese , che Lei potrà contattare ai seguenti riferimenti:

telefono: 02/93964432/33

email: [info@poglianomilanese.org](mailto:info@poglianomilanese.org)

Potrà consultare l'informativa estesa sul sito del Comune: [www.poglianomilanese.org](http://www.poglianomilanese.org)