*Modello di domanda per il buono spesa*

**

C I T T A’ D I M A R I N O

Città metropolitana di Roma capitale

**Servizi Sociali**

**P.zza della Repubblica,1 - 00047 Marino (RM)**

**Tel. 06/93662252/55/48/348/325 fax 06/93662253**

[protocollo@pec.comune.marino.rm.it](mailto:protocollo@pec.comune.marino.rm.it)

**Al Dirigente Area I Servizi Sociali**

**Dott.ssa Ludovica Iarussi** [**protocollo@pec.comune.marino.rm.it**](mailto:protocollo@pec.comune.marino.rm.it)

**Oggetto: richiesta buoni spesa per emergenza Covid-19.**

Il sottoscritto ……………………………………………..nato a ……………………il……………….

Residente/domiciliato a Marino in via …………………………………………………n°…………..

Codice fiscale: …………………………………………………………………………………………..

mail: ………………………………………………………. Telefono:…………………………………

**chiede**

di poter usufruire dei buoni spesa previsti da Ocdpc n°658 del 29/03/2020, come di seguito indicato:

|  |  |
| --- | --- |
| **COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE** | **IMPORTO** |
| NUCLEI fino a 2 persone | € 300,00 |
| NUCLEI da 3 a 4 persone | € 400,00 |
| Nuclei con 5 persone o più | € 500,00 |

Dichiara, pertanto, sotto la propria responsabilità (contrassegnare le caselle di interesse per confermare la dichiarazione):

* Di trovarsi in una situazione di bisogno a causa dell’applicazione delle norme relative al contenimento della epidemia da Covid-19;
* Di essere residente/domiciliato presso il Comune di Marino;
* Per i cittadini stranieri non appartenenti all’Unione Europea, di possedere un titolo di soggiorno in corso di validità;
* Di essere beneficiario di altre forme di sostegno al reddito (es.RDC) ma di non poter sostenere il mio nucleo famigliare con quanto previsto dalla misura di sostegno;
* Che il proprio modello Isee, (se in possesso), in corso di validità è di € ………………………
* Che l’attuale reddito famigliare mensile è di € ……………………………………….
* Sono presenti persone con invalidità, e l’ importo mensile dell’assegno è di €…..………
* Di essere già in carico ai servizi sociali comunali e/o distrettuali

Che il mio nucleo famigliare è così composto:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Data di nascita** | **Luogo di nascita** | **Rapporto di parentela** | **Codice fiscale** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Che utilizzerà il buono spesa presso l’attività commerciale:

…….

Autorizza l’Amministrazione Comunale al trattamento dei dati personali e per comunicazioni con le attività commerciali, come previsto dalla normativa vigente.

Tipo di documento di identità……………………………….n°………………………….

rilasciato in data………………………………da……………………………………………..

(EVENTUALE)

Delega il signor ………………………….nato a …………………………..il…………………………

Tipo documento……………………………….n°………………………………………………….

rilasciato da……………………………………ad effettuare la spesa per conto del richiedente.

Marino, ……………………….. Firma