



COMUNE DI OLIENA



Provincia di Nuoro

AREA SERVIZI ALLA PERSONA

Prot. n. _____

All'Ufficio Servizi Sociali

del Comune di Oliena

info@comune.olienu.it oppure via pec a: protocollo@pec.comune.olienu.it

OGGETTO: RICHIESTA BUONO SPESA SOLIDALE
- EMERGENZA COVID -19 - ORDINANZA DI PROTEZIONE CIVILE N. 658 -

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita ____/____/____ Comune di nascita _____ Prov. di nascita _____

Indirizzo di residenza _____

Documento di riconoscimento:

Tipo _____ Numero _____

Rilasciato da _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo e-mail _____

CHIEDE

Di poter fruire dei buoni spesa di cui all'ordinanza della Protezione civile 658 del 28/03/2020 per l'emergenza COVID – 19;

A tal fine

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole di quanto previsto dal successivo all'art. 75 in materia di decadenza dai benefici e dall'art. 76 che stabilisce che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti,

- Di essere l'unico componente del proprio nucleo familiare ad aver presentato domanda.
- Barrare la voce che interessa

Di essere titolare di partita Iva e di aver sospeso l'attività a seguito dell'emanazione dei provvedimenti restrittivi di cui al DPCM DEL 12 MARZO 2020;

Dipendente di impresa che sospeso la propria attività o che non ha aperto a seguito dell'emergenza COVID- 19;

Lavoratore stagionale attualmente privo di occupazione;

Disoccupato;

C.so Vittorio Emanuele 4, 08025-Oliena P. IVA e C.F. 00156030918

Tel. 0784/280.200–Fax 0784/280.206 - sito internet: www.comune.olienu.it



COMUNE DI OLIENA



Provincia di Nuoro

AREA SERVIZI ALLA PERSONA

Altro(specificare) _____

Dichiara inoltre **che il proprio nucleo familiare:** (barrare e compilare la voce che interessa)

Non ha nessuna fonte di reddito;

Percepisce un reddito mensile, derivante da attività lavorativa, pari ad € _____;

Percepisce il reddito di cittadinanza per un importo mensile pari ad € _____;

Percepisce NASPI/CASSA INTEGRAZIONE per un importo mensile pari ad € _____;

Percepisce altre forme di sostegno al reddito erogate da stato, regione o enti locali pari ad € _____ mensili;

Che il proprio nucleo familiare è così composto

COGNOME	NOME	Età	INDICARE EVENTUALI INVALIDITA'	Attività

Luogo e Data _____

Firma _____