



# Comune di SPINAZZOLA

Provincia di Barletta Andria Trani

CITTA' DI PAPA INNOCENZO XII



*Servizio Affari Generali*

*Ufficio Servizi Sociali*

---

**Oggetto: Richiesta per la concessione del “contributo economico per pagamento dei canoni di locazione e/o utenze” di cui alla Deliberazione Regione Puglia n. 443/2020**

**Al Comune di Spinazzola**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel/cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**stato civile** :  coniugato

separato/divorziato

vedovo/a

celibe/nubile

**CHIEDE**

che gli vengano riconosciuto il contributo economico una tantum per pagamento dei canoni di locazione e/o utenze di cui al disciplinare pubblicato sul sito istituzionale del Comune di Spinazzola.

**Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/2000**

Il/la sottoscritto/a consapevole delle responsabilità penali ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

**DICHIARA**

- che i dati riportati sulla presente istanza corrispondono al vero;

- di essere a conoscenza che il Comune di Spinazzola ha facoltà di controlli su quanto dichiarato ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000;
- che il proprio nucleo familiare è composto così come riportato nella seguente tabella:

### COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

Includere il richiedente e tutti i componenti conviventi del nucleo familiare

Nome e cognome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela	Situazione occupazionale

- ai fini della valutazione tecnico/sociale finalizzata all'accesso al contributo economico un tantum per pagamento dei canoni di locazione e/o utenze di cui alla Delibera Giunta Regione Puglia n. 443/2000 e con riferimento all'intero nucleo familiare:

di NON percepire altre forme di reddito e/o sostegni di natura pubblica  
OVVERO

di percepire altre forme di reddito e/o sostegni di natura pubblica.

Indicare TIPOLOGIA \_\_\_\_\_  
IMPORTO \_\_\_\_\_

di NON possedere mezzi autonomi di sostentamento  
OVVERO

di possedere mezzi autonomi di sostentamento.

Indicare TIPOLOGIA \_\_\_\_\_  
IMPORTO \_\_\_\_\_

di NON aver già usufruito dei buoni spesa di cui all'OCDPC n. 658/2020, distribuiti dal Comune di Spinazzola.

OVVERO

di aver già usufruito dei buoni spesa di cui all'OCDPC n. 658/2020, distribuiti dal Comune di Spinazzola. Indicare il valore totale dei buoni percepiti: \_\_\_\_\_;

di NON essere destinatari di forme di sostegno economico pubblico previsto per l'emergenza (cassa integrazione ordinaria e/o in deroga)

OVVERO

di essere destinatari di forme di sostegno economico pubblico previsto per l'emergenza (cassa integrazione ordinaria e/o in deroga).

Indicare TIPOLOGIA \_\_\_\_\_  
IMPORTO \_\_\_\_\_

di NON percepire altre forme di reddito e/o sostegni di natura pubblica

OVVERO

di percepire altre forme di reddito e/o sostegni di natura pubblica (barrare una o più delle seguenti caselle)

Reddito di Cittadinanza

RED (regionale)

rendite INAIL

pensione di invalidità civile

assegno di accompagnamento

altro (specificare) \_\_\_\_\_

A tal proposito, precisa che gli importi mensili percepiti vanno:

da € 0 a € 200,00

da € 201,00 a € 400,00

da € 401,00 a € 500,00

oltre 500,00 €

che all'interno del nucleo familiare non vi sono altri soggetti percettori di reddito;

di avere una disponibilità finanziaria non superiore ad € 7.000,00 e comunque ammontante ad € \_\_\_\_\_, come risultante da idonea documentazione (estratto conto bancario o postale, ecc.)

- a seguito dell'emergenza da COVID-19 si è verificata una delle seguenti condizioni di disagio socio-economico:

perdita di lavoro dell'unico produttore di reddito all'interno del nucleo familiare (indicare decorrenza \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_);

perdita di lavoro di altro componente del nucleo familiare (indicare decorrenza \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_);

sospensione/chiusura della attività lavorativa (commercio, artigianato, piccola imprenditoria, settore ristorazione, ecc): indicare nome attività e tipologia \_\_\_\_\_;

impossibilità di svolgere lavori occasionali/precari;

altro \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto chiede che il proprio contributo venga accreditato sul proprio \_\_\_\_\_

COORDINATE IBAN

---	---	-	-----	-----	-----
-----	-----	---	-------	-------	-------

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'

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

Firma \_\_\_\_\_

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.

si

no

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

Firma \_\_\_\_\_

---

**SEZIONE RISERVATA ALL'UFFICIO**

AMMESSA

NON AMMESSA