

Al Comune di Magliano in Toscana  
Via mail: [info@comune.maglianointoscana.gr.it](mailto:info@comune.maglianointoscana.gr.it)  
Pec: [comune.maglianointoscana.gr@postacert.toscana.it](mailto:comune.maglianointoscana.gr@postacert.toscana.it)

Solo in caso di impossibilità è possibile la consegna presso la sede comunale, Ufficio Protocollo

**EMERGENZA COVID-19**  
**Domanda Bonus Spesa**  
**e Autocertificazione circa la momentanea fonte di sostentamento**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione a/o sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445**

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_ nat \_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente nel Comune di  
\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ con recapito telefonico \_\_\_\_\_,

facente parte del nucleo familiare composto da:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

In abitazione di  proprietà  affitto  altro (indicare titolo di occupazione) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare all'assegnazione dei contributi previsti per l'assistenza alimentare, ai sensi del D.L. "Sostegni-bis" num. 73/2021 convertito nella Legge 23 luglio 2021, n. 106, per se stesso e per il proprio nucleo familiare e, consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/10/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA ED AUTOCERTIFICA**  
**PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA**

**A) Condizione di disagio conseguente alla attuale emergenza (barrare e riempire obbligatoriamente)**

**A.1 - Tabella per i lavoratori con contratti di lavoro subordinato**

di aver **PERSO** il lavoro, dopo il **05/03/2020**

- ultimo datore di lavoro (DITTA)  
\_\_\_\_\_

- data di cessazione rapporto  
\_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> di aver <b>RIDOTTO</b> dopo il <b>05/03/2020</b> il lavoro di <b>almeno il 30%</b> rispetto all'anno 2019	- denominazione ditta _____
	- ore settimanali iniziali _____
	- ore settimanali dopo la riduzione _____

**A.2 - Tabella per i lavoratori autonomi**

<input type="checkbox"/> di aver <b>CHIUSO</b> l'attività, dopo il <b>05/03/2020</b>	- denominazione ditta _____
	- data di chiusura attività _____
<input type="checkbox"/> di aver <b>RIDOTTO</b> l'attività, dopo il <b>05/03/2020</b> di <b>almeno il 30%</b> rispetto all'anno 2019	- denominazione ditta _____
	- termini della riduzione _____
<input type="checkbox"/> di aver <b>SOSPESO</b> l'attività, dopo il <b>05/03/2020</b>	- denominazione ditta _____
	- data di sospensione attività _____

**A.3 - Lavori intermittenti o stagionali**

di aver svolto dal primo gennaio 2021 i seguenti lavori:

	ditta	mese	lavoro svolto
1	_____	_____	_____
2	ditta _____	mese _____	lavoro svolto _____
3	ditta _____	mese _____	lavoro svolto _____
4	ditta _____	mese _____	lavoro svolto _____

**B) Reddito di cittadinanza** (barrare e compilare se si percepisce)

il sottoscritto o altro componente del nucleo familiare è percettore di reddito di cittadinanza

- dalla data del \_\_\_\_\_

- per un ammontare mensile pari ad € \_\_\_\_\_

**C) NASpI - Nuova Assicurazione Sociale per l'Impiego** (barrare e compilare se si percepisce)

- il sottoscritto o altro componente del nucleo familiare è percettore di NASpI  
- dalla data del \_\_\_\_\_  
- per un ammontare mensile pari ad € \_\_\_\_\_

**D) Prestazioni socio assistenziali** (barrare e compilare se si percepisce)

- di usufruire o di aver usufruito nel corso del 2021 di prestazioni socio assistenziali non significative dal punto di vista del reddito (tipo contributi una tantum dell'ammontare non superiore ad € 800):  
- indicare il tipo \_\_\_\_\_  
- data \_\_\_\_\_  
- per un ammontare di € \_\_\_\_\_

**E) Altre sovvenzioni, contributi, sussidi e vantaggi economici** (barrare se si percepisce)

- di aver fruito nel corso dell'anno 2021 di:
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> BONUS IDRICO  | <input type="checkbox"/> BUONUS AFFITTO |
| <input type="checkbox"/> BONUS ENERGIA | <input type="checkbox"/> Altro _____    |

**F) disponibilità finanziarie (da barrare e riempire obbligatoriamente)**

- il sottoscritto unitamente ai componenti del nucleo familiare, ha disponibilità su conti o depositi bancari o postali (compreso titoli) inferiori ad **euro 4.000,00 alla data del 1° Agosto 2021.**  
- a tale scopo si precisa di essere titolari di:
- conto corrente  
 titoli  
 altri strumenti finanziari
- presso:
- POSTE ITALIANE Spa, filiale di \_\_\_\_\_  
 BANCA
- 1) \_\_\_\_\_, filiale di \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_, filiale di \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_, filiale di \_\_\_\_\_

*Il sottoscrittore dichiara di essere al corrente che saranno effettuati controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese e dei dati forniti.*

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

Firma del dichiarante  
\_\_\_\_\_

Allegare copia di un valido documento di riconoscimento.