



**COMUNE DI BEINASCO**

Città Metropolitana di Torino  
Piazza Alfieri, 7 - 10092 Beinasco

**AREA DEI SERVIZI ALLA PERSONA – SETTORE POLITICHE EDUCATIVE E SOCIALI**  
**Servizio Politiche Sociali e rapporti con strutture sanitarie**

1^ piano- stanza 106 – Tel. 011-3989 379

e-mail: [politichesociali@comune.beinasco.to.it](mailto:politichesociali@comune.beinasco.to.it) PEC: [protocollo@comune.beinasco.legalmail.it](mailto:protocollo@comune.beinasco.legalmail.it)

**MISURA URGENTE DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE**

(ex decreto legge 23 novembre 2020, n. 154, articolo 2)

**TICKET COVID19**

**DOMANDA DI AMMISSIONE**

**AVVERTENZA: compilare il modulo in ogni sua parte in stampatello leggibile e barrare solo le caselle interessate dalla dichiarazione**

**DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE IL BENEFICIO AL NUCLEO**

*Il sottoscritto*

COGNOME					NOME														
NATO A					PROVINCIA		IL												
RESIDENZA COMUNE BEINASCO	(Via/C.so/P.za)							N.											
Recapiti telefonici	Cellulare																		
	Fisso																		
Indirizzo email																			
CODICE FISCALE																			

**in rappresentanza del nucleo familiare di appartenenza CHIEDE di essere ammesso/a alle misure straordinarie di solidarietà alimentare a seguito dell'emergenza sanitaria da COVID-19 (ex DL n. 154/2020, art. 2), secondo quanto stabilito dalla deliberazione n.159 del 30/12/2020, n. 14 del 2/3/2021 e n. 74 del 30/7/2021, per la concessione di buoni spesa denominati "ticket Covid19", per l'acquisto di generi alimentari e prodotti di prima necessità (alimentari e farmacia) per il proprio nucleo familiare.**

**A tal scopo DICHIARA E AUTOCERTIFICA, sotto la propria responsabilità, per l'intero nucleo familiare anagrafico, (barrare la casella interessata e compilare i campi relativi):**

1. di possedere, alla data del Bando:



- cittadinanza** italiana o di altro Stato UE \_\_\_\_\_  
(specificare)
- cittadinanza extra UE \_\_\_\_\_ (specificare)  
in possesso di regolare permesso di soggiorno n. \_\_\_\_\_ con  
scadenza \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

2. di essere **residente** nel Comune di Beinasco

3. che il proprio nucleo familiare, incluso il sottoscritto, è anagraficamente così composto:

COGNOME	NOME	RELAZIONE PARENTELA	MINORE (si/no)	DISABILE certificato (si/no)
1.		richiedente		
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

### Sezione requisiti impatto economico da Covid-19 e disagio socio-economico

4. **che il proprio nucleo familiare**, esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza da virus Covid-19, **ha subito una riduzione del reddito familiare pari o superiore al 20%**, per le motivazioni sotto indicate, verificatesi far data dalla dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica COVID-19 (**da gennaio 2020**) e per le seguenti ragioni, a carico di \_\_\_\_\_ (specificare nome):

**a. lavoratore dipendente a tempo indeterminato** per cui si sia realizzata

- risoluzione del rapporto di lavoro  
 sospensione dell'attività lavorativa con assenza di ammortizzatore sociale  
 sospensione dell'attività lavorativa in attesa di ammortizzatore sociale

**b. lavoratore dipendente a tempo determinato o con tipologie contrattuali flessibili** per cui si sia realizzata

- conclusione del rapporto di lavoro in data \_\_\_\_\_

**c. lavoratore intermittente o a chiamata** per cui si sia realizzata

- riduzione dell'attività

**d. lavoratore autonomo o partita IVA** per cui si sia realizzata

- riduzione dell'attività in relazione all'emergenza

5. **che il proprio nucleo familiare**

- è in carico al Ci.di.S. o al Servizio** \_\_\_\_\_ (specificare)  
con l'operatore \_\_\_\_\_



- NON è in carico** ad alcun Servizio Sociale, ma si trova comunque in particolari condizioni di disagio economico tali da pregiudicare l'autosufficienza alimentare per le seguenti motivazioni: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Altri requisiti

**6. che egli o gli altri soggetti del proprio nucleo familiare:**

- a.  **NON usufruiscono di prestazioni assistenziali di sostegno al reddito<sup>1</sup>**

**b. usufruiscono delle seguenti prestazioni assistenziali di sostegno al reddito<sup>1</sup>:**

- \_\_\_\_\_  
a favore di \_\_\_\_\_  
per euro \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
a favore di \_\_\_\_\_  
per euro \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_  
a favore di \_\_\_\_\_  
per euro \_\_\_\_\_

7.  **che** il proprio nucleo familiare **dispone** di **entrate** mensili, al netto delle spese per mutuo o affitto, **NON superiori a 800€ (incrementate di 200€ per ogni minore o disabile certificato, a carico)**

8. che il proprio nucleo familiare, alla data del **31 dicembre 2020**, **dispone di liquidità** su propri conti correnti bancari e postali<sup>2</sup>, al lordo degli interessi, **NON superiore a:**

<sup>1</sup> *Quali Reddito o Pensione di Cittadinanza, trattamenti pensionistici validi ai fini del reddito, Naspi, indennità di mobilità, cassaintegrazione guadagni o analoga, reddito di emergenza, assistenza economica del Consorzio Cidis o altre forme di sostegno sociale previste*

<sup>2</sup> *Non si fa riferimento a conti correnti intestati ad aziende o società*



- a.  5.000 € in caso di nuclei di un solo componente
- b.  6.000 € in caso di nuclei di due componenti
- c.  7.000 € in caso di nuclei di tre componenti
- d.  8.000 € in caso di nuclei di quattro o più componenti.

9. esprime la seguente **preferenza** circa la modalità di utilizzo dei buoni spesa (*barrare una delle seguenti alternative*)

- uso dei buoni spesa in modalità **digitale** (App su smartphone)<sup>3</sup>
- fruizione dei buoni spesa con altre modalità (**PIN**)<sup>4</sup>

**Il sottoscritto inoltre dichiara:**

- di aver preso visione, letto e compreso, **l'Avviso pubblico** e di essere a conoscenza, ai fini del riconoscimento del beneficio richiesto con la presente domanda che, con la sottoscrizione e la presentazione della stessa, accetta tutte le disposizioni previste dalle modalità e termini del procedimento contenute nell'Avviso relativo, pubblicato sul Sito internet comunale;
- che la presente **autodichiarazione** è rilasciata ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia, secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni, decadrà anche dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera di cui all'art.75 D.P.R.n.445/2000
- di aver preso visione, letto e compreso, l'informativa relativa a trattamento dei dati personali e diritti del dichiarante in materia di **privacy** e trasparenza amministrativa pubblicata con l'Avviso pubblico e di essere consapevole che il conferimento dei dati si configura come obbligo e che un eventuale rifiuto di fornire i dati comporta l'irricevibilità della domanda.

(Firma leggibile)

---

**ALLEGATI (*obbligatorî*) alla presente domanda**

- copia del documento d'identità** in corso di validità;
- per i cittadini di uno Stato extra Unione europea copia **permesso di soggiorno** in corso di validità o, in caso di permesso di soggiorno scaduto, copia richiesta di rinnovo;
- documentazione comprovante la presenza di **disabili** certificati (certificazione ASL);
- documentazione comprovante la modificata situazione reddituale** per effetto dell'emergenza sanitaria (es. buste paga, comunicazioni INPS, dichiarazione del datore di lavoro riguardante la cassa integrazione) (*precisare*) \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> Con i buoni spesa digitali si riceve, al numero indicato sulla domanda, un SMS con le indicazioni per scaricare l'APP "TODUBA" e le credenziali per accedere e come spendere i buoni spesa nei negozi aderenti all'iniziativa, dove basterà aprire l'APP e pagare alla cassa seguendo le indicazioni della stessa APP.

<sup>4</sup> Chi NON può utilizzare il buono digitale tramite smartphone viene contattato successivamente, con chiamata al numero di telefono fisso indicato sulla domanda, per ricevere le istruzioni per il PIN necessario a spendere i buoni

