



Diocesi Suburbicaria  
**VELLETRI-SEGNI**



Numero progressivo .....

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO FONDO BPL  
DI SOSTEGNO ECONOMICO PER EMERGENZA COVID - 19**

**Alla Parrocchia** ..... **Città** .....

**Alla Caritas Diocesana**

Il/Lasottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 nato/a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
 Documento di riconoscimento: tipologia \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_  
 Rilasciato da \_\_\_\_\_ Data di rilascio \_\_\_\_\_ Data di scadenza \_\_\_\_\_  
 Parrocchia di appartenenza \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'erogazione di buoni-spesa in proprio favore, a beneficio del proprio nucleo familiare, per l'acquisto di generi alimentari, prodotti di prima necessità, prodotti farmaceutici.

**DICHIARA**

Di trovarsi nella **seguinte situazione emergenziale** Covid- 19 ( es. Interruzione attività lavorativa, assenza di reddito nell'ultimo uno/due mesi a causa Covid - 19).

Descrivere sinteticamente la situazione:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre la presenza di particolari condizioni che accrescono il livello di fragilità familiare (minori al di sotto di anni tre; intolleranze alimentari; persona gravemente malata; ecc.):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- 1) che nessun altro componente del nucleo familiare ha fatto né farà richiesta finalizzata ad ottenere il medesimo beneficio presso altre Parrocchie o Diocesi;

2) che il nucleo familiare è così composto:

	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Parentela
1				DICHIARANTE
2				
3				
4				
5				
6				
7				

### DICHIARA

altresì, per sé e per i componenti del proprio nucleo familiare, alla data della presentazione della domanda

- di non possedere alcun reddito e non essere beneficiario di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà erogati da Enti pubblici;
- che il nucleo familiare beneficia del reddito di cittadinanza o reddito di inclusione per un importo pari a: € ..... mensili;
- che nessun componente del nucleo familiare è beneficiario di pensione, assegni, indennità, erogazioni italiane o estere;
- di essere privo/a di occupazione, di non essere titolare di partita I.V.A. o di un rapporto di CO.CO.CO; di non beneficiare di NASpI o altro ammortizzatore sociale appositamente istituito a fronte dell'emergenzaCovid-19.

*Il sottoscritto dichiara inoltre:*

*di aver preso atto che i dati personali, verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 196/2003 – CODICE IN MATERIA di PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI e con la presente ne autorizza l'utilizzo.*

*Si precisa che le dichiarazioni sostitutive di certificazione dei requisiti, rilasciate dai richiedenti ai sensi del DPR 445/2000, potranno essere oggetto di controllo e verifiche con la collaborazione degli organi competenti (Banca Popolare del Lazio, Caritas diocesana Velletri-Segni)*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**