

Oggetto : Richiesta BUONI SPESA – Emergenza COVID-19

__l__ sottoscritt _____, nat__ a _____

_____ Prov. di _____ il _____, residente, alla data di

pubblicazione dell'Avviso Solidarietà alimentare, a _____

via _____ n. _____,

telefono _____ e-mail _____

CF

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

CHIEDE

L'assegnazione di Buoni spesa per generi alimentari, farmaci e beni di prima necessità in favore di famiglie esposte agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica COVID 19.

Consapevole della responsabilità che si assume e delle sanzioni stabilite dalla legge nei confronti di chi attesta il falso e delle sanzioni richiamate dall'art. 76 DPR n. 445 del 28/12/2000 (ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000):

DICHIARA

CHE il proprio **nucleo familiare**, oltre al/alla sottoscritto/a, come risulta dallo stato di famiglia anagrafico, è composto dai seguenti residenti:

Cognome _____ Nome _____ grado parentela _____

_____ Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Cognome _____ Nome _____ grado parentela _____

_____ Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Cognome _____ Nome _____ grado parentela _____

_____ Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Cognome _____ Nome _____ grado parentela _____

_____ Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Cognome _____ Nome _____ grado parentela _____

_____ Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Cognome _____ Nome _____ grado parentela _____

_____ Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Di trovarsi in situazione di bisogno a causa dell'applicazione delle norme relative al contenimento della epidemia da Covid-19;

Di non beneficiare, nel periodo attuale, di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà erogati da Enti pubblici (es. reddito di cittadinanza, indennità di disoccupazione o altre provvidenze economiche ecc.);

Di beneficiarie, nel periodo attuale, di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà erogati da Enti pubblici (es. reddito di cittadinanza, indennità di disoccupazione o altre provvidenze economiche ecc), non rientranti nelle norme relative al contenimento della epidemia da Covid-19 e di importo non superiore ad euro 500. L'importo del beneficio pubblico è di importo pari a _____ erogato da _____;

(in caso di cittadino straniero non appartenente all'Unione Europea) di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità (in allegato alla presente dichiarazione).

Altresì dichiara che il/la sottoscritto/a e i componenti del proprio nucleo familiare:

- non sono dipendenti di enti pubblici o di aziende private, che possono usufruire di altre tipologie di sostegno al reddito (cassa integrazione, ammortizzatori sociali ecc), fatta eccezione di quelle rientranti nelle norme relative al contenimento della epidemia da Covid-19 ;
- non hanno disponibilità economiche su conti correnti bancari, postali o altro, sufficienti per l'acquisto di beni di prima necessità;
- si trovano nella seguente condizione di bisogno a causa della situazione emergenziale in atto (Covid-19):

perdita del lavoro;

sospensione attività impresa/libero professionista

altro (*specificare*)

- di aver preso visione dell'Avviso di riferimento per la presentazione dell'istanza e di accettarne tutte le condizioni e prescrizioni indicate.

- di prendere atto che nel caso in cui si beneficiasse di altri sussidi pubblici, come in precedenza dichiarato, l'assegnazione dei buoni spesa sarà condizionata alla valutazione dei Servizi Sociali che solo in caso eccezionale potranno disporre la validazione.

- i buoni spesa concessi saranno utilizzati presso gli esercizi commerciali convenzionati e situati nel territorio del Comune di Sacrofano, il cui elenco sarà consultabile sul sito istituzionale dell'Ente.

- di autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi delle vigenti normative, anche riguardo alla consegna di apposito elenco dei beneficiari, contenente il proprio nominativo, per le finalità di controllo in collaborazione con gli operatori economici convenzionati.

_____ li _____ Firma _____

Si allega documento di identità