

Al Sig. SINDACO
del Comune di CLAUZETTO
comune.clauzetto@certgov.fvg.it
protocollo@comune.clauzetto.pn.it

OGGETTO: richiesta di “buono spesa” a sostegno del reddito per nuclei familiari in difficoltà - intervento di emergenza COVID-19 per **solidarietà alimentare**.

IL/LA SOTTOSCRITT _____ NAT_ A _____ (____)
IL ____ / ____ / ____ E RESIDENTE A _____ (____)
CAP _____ IN VIA _____ N. ____ TEL. ____ / ____
CEL. ____ / ____ E- MAIL _____
ALTRO RECAPITO _____ CF _____
CITTADINANZA _____

CHIEDE

- di poter beneficiare del buono spesa di cui in oggetto in quanto attualmente si trova in una condizione di disagio economico;
- di poter beneficiare del buono spesa di cui in oggetto in quanto nel proprio nucleo anagrafico sono presenti minori da zero anni di età e fino al terzo anno della scuola secondaria di primo grado;

A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle pene stabilite dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità,

dichiara per sé e per il proprio nucleo familiare

che la situazione emergenziale per cui necessita della misura urgente di solidarietà alimentare è la seguente (es: interruzione attività lavorativa, assenza di reddito negli ultimi due mesi a causa dell'emergenza COVID-19)

- CHE il proprio nucleo anagrafico è composto da n. ____ persone di cui: n. ____ minorenni
n. ____ con disabilità
n. ____ di età pari o maggiore di 65
- CHE nel proprio nucleo anagrafico sono presenti minori da zero anni di età e fino al terzo anno della scuola secondaria di primo grado, elencati di seguito:

- _____
- _____
- _____

CHE nessun componente il nucleo familiare è beneficiario di interventi economici erogati da enti pubblici

ovvero

CHE il nucleo familiare usufruisce delle seguenti misure di sostegno pubblico:

<input type="checkbox"/> Reddito di cittadinanza per un importo pari a € _____ dal _____	<input type="checkbox"/> Ammortizzatori sociali (indicare tipologia) _____ per un importo pari a € _____ dal _____
<input type="checkbox"/> Rei per un importo pari a € _____ Dal _____	<input type="checkbox"/> altre forme di sostegno previste a livello nazionale, locale o regionale tipologia e importo _____ € _____ dal _____

CHE il proprio nucleo familiare risulta essere percettore delle seguenti entrate mensili:

di percepire redditi di pensione di importo pari a € _____ mensili complessivi

CHE il proprio nucleo familiare risulta possedere un patrimonio mobiliare (depositato presso istituti di credito e/o uffici postali o altrimenti custodito) pari a € _____

Di risiedere in un alloggio in locazione con canone mensile pari a € _____

Di sostenere mensilmente una spesa di € _____ per il mutuo per l'abitazione di residenza del nucleo familiare

Dichiara inoltre di essere consapevole:

- che l'eventuale buono acquisti che dovesse essere concesso a fronte della presente domanda **potrà essere utilizzato esclusivamente per l'acquisto di generi alimentari o prodotti per l'igiene personale o prodotti farmaceutici, secondo le indicazioni che verranno rese note dal Comune**

- che il Comune procederà alla verifica della veridicità delle dichiarazioni rese, a seguito di specifica selezione o a campione dei criteri di assegnazione delle risorse messe a disposizione a tal fine dallo Stato, come indicate nell'avviso Pubblico del Sindaco del Comune di _____ n. _____ del _____ pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente.

Dichiara inoltre di aver preso visione /ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 e ss. Regolamento UE n. 679/2016 (G.D.P.R.) e dell'art. 13 del D.LGS n. 196/2003.

Data ____/____/____

firma _____

Allegato: documento di identità DEL DICHIARANTE