

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DEL BONUS ALIMENTARE A FAVORE DI PERSONE E/O FAMIGLIE IN CONDIZIONI DI DISAGIO ECONOMICO E SOCIALE CAUSATO DALLA SITUAZIONE EMERGENZIALE IN ATTO, PROVOCATA DALLA DIFFUSIONE DI AGENTI VIRALI TRASMISSIBILI (COVID-19).

**All'Ufficio Servizi Sociali
Comune di Montemesola**

La/Il sottoscritta/o

Cognome	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Nato/a a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/> il <input type="text"/>
Residente a	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/>
Indirizzo	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
Tel.	<input type="text"/>	Tel.2	<input type="text"/>
e-mail/pec	<input type="text"/>		
C.F.	<input type="text"/>		

CHIEDE

di ricevere in consegna Buoni spesa per acquisto di generi alimentari e/o prodotti prima necessità, previsti dall'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000 e s.m.i, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Di aver letto e condiviso i contenuti del Regolamento e dell'Avviso Pubblico sull'erogazione dei buoni spesa
- Di essere consapevole che quanto sotto dichiarato sarà oggetto di controllo e verifica da parte del Comune nonché dei competenti organi (Guardia di Finanza, Agenzia delle Entrate, etc.).
- Che il proprio nucleo familiare (come da stato di famiglia) è composto da n. _____ persone e che, pertanto, oltre al dichiarante, vi sono:

<i>Parentela</i>	<i>Cognome</i>	<i>Nome</i>	<i>Luogo di nascita</i>	<i>Data di nascita</i>

DICHIARA, altresì, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Che prima dell'emergenza i seguenti componenti svolgevano la seguente attività lavorativa:

<i>Parentela</i>	<i>Cognome Nome</i>	<i>Attività lavorativa</i>	<i>Data sospensione</i>	<i>Reddito medio mensile</i>
<i>Dichiarante</i>				

di non percepire alcuna misura di contrasto alla povertà;

di percepire le seguenti misure di contrasto alla povertà:

(segnare con una X in caso di sussistenza del beneficiario):

REDDITO DI CITTADINANZA di cui alla L. 4 /2019 convertita con l. n. 26 del 28 marzo 2019.
 Importo percepito _____

REDDITO DI DIGNITÀ' (RED) di cui alla L.R. 3/2016 e ss.mm. e regolamenti.
 Importo percepito _____

di non percepire alcun contributo, indennità, assegni a qualsiasi titolo;

di percepire i seguenti contributi, indennità, assegni:

(segnare con una X in caso di sussistenza del beneficiario):

Ammortizzatori sociali (CIG, NASpl, ASDI, DIS-COLL).
 Indicare quale e l'importo percepito _____

Altri contributi pubblici:
 Indicare quale e l'importo percepito _____

Assegni (di mantenimento, etc.):
 Indicare quale e l'importo percepito _____

Che nel proprio nucleo familiare non ci sono altri soggetti percettori di redditi, contributi, indennità a qualsiasi titolo.

Che nel proprio nucleo familiare ci sono altri soggetti percettori di redditi, contributi, indennità a qualsiasi titolo.

Indicare chi _____ e l'importo percepito _____;

Data _____

Firma leggibile

Informativa sulla privacy

(la mancata sottoscrizione dell'informativa non consentirà la lavorazione della domanda)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa ed autorizzo al trattamento anche operatori di cui l'Amministrazione si avvarrà per le finalità della presente richiesta.

Data _____

Firma leggibile

Allega:

- Documento di identità valido _____
- Eventuale documentazione a supporto di quanto dichiarato.