Al Comune di Sant'Antimo

RICHIESTA BUONI SPESA"SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE IN DIFFICOLTA' ECONOMICA, A CAUSA DELL'EMERGENZA SANITARIA – CORONA VIRUS, PER L'ACQUISTO DI PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA'"

Il/la Sottoscritto/a_____
c.f._____
nato a _____ (_____) il_____/_____/_____,
residente a _____ (_____) in _____ n° _____
recapito telefonico _____
indirizzo di posta elettronica _____
Documento di riconoscimento:
tipo _____, numero _____, scadenza __ / __ / ____
in attuazione del Decreto-legge 20/11/2020 art. 2 "Misure di solidarietà alimentare"e dell'ordinanza della Protezione Civile n. 658 del 29.03.2020 e all'avviso pubblico comunale del

C H I E D E

la concessione dei buoni spesa utilizzabili per l'acquisto di generi alimentari di prima necessità per il seguente motivo (barrare l'opzione che interessa):
____ a causa dell'epidemia in corso ha perso il lavoro svolto in precedenza;
____ a causa dell'epidemia in corso ha dovuto rinunciare a lavori occasionali con i quali sosteneva la propria famiglia;
____ é inoccupato, o disoccupato, al pari di tutti i componenti il nucleo familiare.

A tale scopo dichiara :

1. che i componenti del proprio nucleo familiare, oltre al/lla sottoscritto/a, sono i seguenti:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

2. che il valore ISEE in corso di validità del proprio nucleo familiare sia pari a €. _____ ;

3. che il nucleo familiare dispone, alla data di presentazione della domanda, di depositi bancari/postali esigibili pari a €_____

4. che il/la sottoscritto/a e i componenti del proprio nucleo familiare :

a. non sono dipendenti pubblici ;
b. non sono iscritti alla Camera di Commercio e in possesso di partita IVA;
c. (____) non sono beneficiari di reddito di cittadinanza, indennità di disoccupazione o altre provvidenze economiche:
oppure
(_____) sono assegnatari dei seguenti sostegni pubblici nei seguenti importi:
-Reddito di cittadinanza - importo mensile_____
-Rei - importo mensile_____
-Naspi - importo mensile_____
-Indennità di mobilità - importo mensile_____
-Cassa integrazione guadagni - importo mensile_____
-Altra provvidenza_____- importo mensile_____

5. che i buoni spesa che verranno concessi verranno utilizzati presso gli esercizi commerciali indicati dal Comune di Sant'Antimo;

6. di prendere atto che il Comune si riserva la facoltà di assegnare i buoni spesa in base al

numero delle richieste pervenute e fino ad esaurimento dei fondi assegnati dal Governo.

Il/la Sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 del DPR 445/2000, dichiara che quanto sopra riportato corrisponde al vero ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000.
Il/la Sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 d.lgs. 196/2003.
Si allega fotocopia del documento d'identità del dichiarante

Data _____

Firma del dichiarante
(leggibile e per esteso)

_____