

AL Signor Sindaco  
Del Comune di  
PIETRAFITTA

**RICHIESTA DI BUONI PER L'ACQUISTO DI PRODOTTI ALIMENTARI, BENI DI PRIMA NECESSITA' ai sensi** dell'art.2 del Decreto Legge n. 154 del 23 novembre 2020 recante "Misure finanziarie urgenti connesse all'Emergenza Epidemiologica da Covid-19", che richiama l'OC DP.C n° 658 del 29 marzo 2020.

**Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà (Art. 46 DPR 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_

Loc./Via/Fraz. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ (fisso) \_\_\_\_\_ (cell.)

Indirizzo email \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000

**CHIEDE**

di partecipare all' assegnazione **una tantum**, di "**buoni spesa**", per l'acquisto di beni alimentari, generi di prima necessità, per se stesso e per il proprio nucleo familiare, ai sensi **ai sensi** dell'art.2 del Decreto Legge n. 154 del 23 novembre 2020 recante "Misure finanziarie urgenti connesse all'Emergenza Epidemiologica da Covid-19", che richiama l'OC DP.C n° 658 del 29 marzo 2020.

A tal fine,

**DICHIARA**

- Di aver letto i contenuti dell'avviso Pubblico sull'erogazione dei buoni spesa;
- Di essere consapevole che quanto dichiarato sarà oggetto di controllo e verifica da parte del Comune nonché dei competenti organi (Guardia di Finanza, Agenzia delle Entrate, ecc);
- Che il proprio nucleo familiare (come da stato di famiglia) è composto da:

Cognome, nome	Luogo e data di nascita	Parentela

- di avere nel proprio nucleo familiare la presenza di n. \_\_\_\_\_ componenti minori di 3 anni;
  - Che nessun componente del nucleo familiare percepisce alcuna misura di contrasto alla povertà;
  - Che nel proprio nucleo familiare si percepiscono le seguenti misure di contrasto alla povertà (Cittadinanza, inclusione, emergenza, Rem, naspi, ecc) :  
 Nominativo percettore \_\_\_\_\_ importo percepito \_\_\_\_\_  
 Nominativo percettore \_\_\_\_\_ importo percepito \_\_\_\_\_  
 Nominativo percettore \_\_\_\_\_ importo percepito \_\_\_\_\_
  - Che nel proprio nucleo familiare non ci sono soggetti percettori di redditi, pensioni, assegni e indennità a qualsiasi titolo ;
  - Che nel proprio nucleo familiare ci sono soggetti percettori di redditi, pensioni, assegni e indennità a qualsiasi titolo:  
 Nominativo percettore \_\_\_\_\_ importo percepito \_\_\_\_\_  
 Nominativo percettore \_\_\_\_\_ importo percepito \_\_\_\_\_  
 Nominativo percettore \_\_\_\_\_ importo percepito \_\_\_\_\_
  - Che la causa della contrazione reddituale subita dal proprio nucleo familiare conseguente all'emergenza COVID 19 è dovuta alle seguenti motivazioni:
- la perdita o riduzione del lavoro (licenziamento, mancato rinnovo contratto a tempo determinato o riduzione delle ore lavorative );
- Chiusura o sospensione attività lavorativa;

*Dichiara altresì*

- Che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato istanza di accesso al Fondo di solidarietà alimentare (D. Legge 154/220 – Ordinanza DPC n. 658 del 29/03/2020)
- di essere informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, e del D.Lgs 196/2003 che i dati personali raccolti, saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa

La mancata sottoscrizione dell'informativa sulla privacy non consentirà la lavorazione della domanda.

**Allega**

**-Copia di documento di riconoscimento, in corso di validità.**

**- Eventuale documentazione a supporto di quanto dichiarato \_\_\_\_\_**

Pietrafitta, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_