

OGGETTO: MISURE URGENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE PER EFFETTO DELLE CONSEGUENZE DELL'EMERGENZA COVID - 19

Istanza per buoni spesa

La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____

il ____ / ____ / _____ domiciliata/o nel Comune di Caltabellotta in Via _____ n. _____

telefono _____;

ai sensi dell'Ordinanza n. 658 del C.D.M. emessa in data 29/03/2020, in relazione agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus COVID - 19 per soddisfare necessità urgenti ed essenziali

CHIEDE

la concessione di buoni spesa

A tal fine dichiara, a norma dell'art.47 del DPR 445 del 28/12/2000

- che il proprio nucleo familiare è così composto:

N.	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita

- Che il proprio nucleo familiare è beneficiario di:

- Reddito di Cittadinanza **per un importo di mensile €** _____;
- Presentata istanza per Reddito di Cittadinanza in data _____ in attesa del relativo esito;
- Bonus 600;
- Disoccupazione;
- Pensione **per un importo di mensile €** _____;
- Altro sostegno pubblico (specificare) _____;
- che nessun altro componente il nucleo familiare ha presentato analoga istanza;
- che all'interno del proprio nucleo familiare sono presenti n. ____ minori;

Motivazione della richiesta :

- Sono disoccupato;
- Ho perso il lavoro e non godo di ammortizzatori sociali;
- Reddito insufficiente;
- Ho dovuto chiudere temporaneamente l'attività commerciale;
- Altro (specificare) _____

Chiede, inoltre, che i buoni spesa concessi vengano recapitati al seguente indirizzo: Via _____ n. _____
- Recapito Telefonico _____

Allega alla presente richiesta : **1. copia Carta d'Identità.**

Il/La sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, dichiaro/a che quanto sopra corrisponde a verità. Dichiaro/a altresì di essere a conoscenza che possono essere eseguiti controlli da parte dell'INPS e del Comune di Caltabellotta per verificare quanto dichiarato e in caso di dichiarazioni mendaci decadrà dal beneficio.

Data ____ / ____ / 2020

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELLA LEGGE N. 196/2003

Il/La sottoscritto/a dichiaro/a autorizza al trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dal Regolamento UE 2016/679 e dal D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. e dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti delle predette disposizioni normative che il trattamento dei dati personali è indispensabile ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto e 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 in particolare che sarà prevista la comunicazione dei dati personali raccolti, relativi alla situazione patrimoniale e lavorativa, ad altre pubbliche amministrazioni o a privati, quanto ciò sia indispensabile per assicurare la richiesta di prestazione sociale e per i controlli previsti dalla normativa vigente, ed ai soggetti eventualmente incaricati del recupero crediti.

Data ____ / ____ / 2020

Firma _____