

All'Ufficio Servizi Sociali

Comune di

SUTERA

[comune.sutera.cl@pec.it](mailto:comune.sutera.cl@pec.it)

[segreteria@comune.sutera.cl.it](mailto:segreteria@comune.sutera.cl.it)

Oggetto: **Emergenza COVID-19. Richiesta buono spesa.**

**La/Il sottoscritto/o**

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

**CHIEDE**

**di ricevere in consegna Buoni spesa per acquisto di generi alimentari e di 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 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo D.P.R. n. 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 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:

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

**DICHIARA, altresì, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

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

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

- di non percepire** alcuna misura di contrasto alla povertà, né alcun contributo, indennità, assegni a qualsiasi titolo;
- di percepire** le seguenti misure di contrasto alla povertà e/o i seguenti contributi, indennità, assegni: *(segnare con una X in caso di sussistenza del beneficio):*
- REDDITO DI CITTADINANZA** di cui alla L. n. 4 /2019 convertita con L. n. 26 del 28 marzo 2019.  
Importo percepito \_\_\_\_\_
- ALTRI REDDITI (RED)** di cui alla vigenti disposizioni normative.  
Importo percepito \_\_\_\_\_
- 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 vi sono** altri soggetti percettori di redditi, contributi, indennità a qualsiasi titolo;
- che nel proprio nucleo familiare **vi sono** altri soggetti percettori di redditi, contributi, indennità a qualsiasi titolo  
Indicare chi \_\_\_\_\_ e l'importo percepito \_\_\_\_\_;
- che il proprio nucleo familiare **non possiede** reddito disponibile ed alcuna forma di sostentamento reperibile attraverso accumuli bancari o postali, al netto di obbligazioni derivanti da contratti di mutuo, locazione, pagamento utenze, etc..

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.**