

**RICHIESTA PER ACCEDERE AL BUONO SPESA - FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE  
(Ordinanza del Capo del Dipartimento di Protezione Civile n. 658/2020)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- Per sé stesso o per il proprio nucleo familiare (convivente)
- In nome e per conto di \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

*(specificare: tutore, amministratore di sostegno, familiare delegato)*

l'assegnazione dei buoni spesa per l'acquisto di generi di prima necessità, prodotti alimentari, i prodotti farmaceutici, per l'igiene personale – ivi compresi pannolini, pannoloni e assorbenti – prodotti per l'igiene della casa, pellets e bombole di gas, si considerano escluse le bevande alcoliche di qualsiasi gradazione ed i tabacchi, 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).

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del su citato D.Lgs. 445/2000;

## DICHIARA

(Barrare o segnare la voce che interessa)

- che nessun componente del proprio nucleo familiare ha presentato domanda di erogazione dei Buoni spesa presso altri comuni italiani;
- per i cittadini stranieri non UE, di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità;
- che il proprio nucleo familiare convivente è composto da n. \_\_\_\_ persone di cui:  
n. \_\_\_\_ minori;
- che nel nucleo familiare è presente almeno una persona con disabilità permanente;
- che nessun componente del nucleo familiare percepisce altre forme di sostegno al reddito erogate da Enti Pubblici;
- di percepire forme di sostegno economico quali:
- Reddito di Cittadinanza, pari ad € \_\_\_\_\_ mensili;
  - Re.I., pari ad € \_\_\_\_\_ mensili;
- di aver percepito nel corso dell'anno 2020 le seguenti forme di sostegno economico pubblico:
- contributi economici straordinari comunali, pari ad € \_\_\_\_\_;
  - contributi regionali (*specificare* \_\_\_\_\_), pari ad € \_\_\_\_\_;
  - altro (*specificare* \_\_\_\_\_), pari ad € \_\_\_\_\_;
- di percepire altre forme di sostegno economico previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto "Cura Italia") pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020 (es. ammortizzatori sociali, integrazione salariale, congedi, riduzioni orarie, indennità di sostegno), nella misura di € \_\_\_\_\_ mensili;
- di percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di *welfare* pubblico, nella misura di € \_\_\_\_\_ mensili;
- di avere disponibilità economiche (per sé e/o il proprio nucleo familiare) su conti correnti bancari, postali, azioni o altri titoli, per un totale di € \_\_\_\_\_ (si veda allegati);
- di trovarsi nella seguente condizione di bisogno a causa dalla situazione emergenziale in atto (Covid-19):
- perdita del lavoro dipendente \_\_\_\_\_
  - perdita del lavoro autonomo \_\_\_\_\_
  - altro (specificare) \_\_\_\_\_
- 
- di aver perso il lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati dal Governo in materia di contrasto al diffondersi del contagio da Covid-19. A tal fine dichiara che era impiegato presso \_\_\_\_\_, con la mansione di \_\_\_\_\_ e che il rapporto si è interrotto in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_;

**DICHIARAZIONE SULLO STATO DI FAMIGLIA:**

<b>Nome e cognome</b>	<b>Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero, ecc.)</b>	<b>Professione (lavoratore, studente, disoccupato, ecc.)</b>
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____
6 _____	_____	_____
7 _____	_____	_____

Eventuali altre dichiarazioni a sostegno della richiesta dei buoni spesa per l'acquisto di generi di prima necessità:

- abitazione di proprietà;
  - mutuo sulla casa di € \_\_\_\_\_ mensili;
  - abitazione in locazione, canone di € \_\_\_\_\_ mensili;
  - altro: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara infine di aver preso atto che i dati personali presenti nella presente istanza/autodichiarazione verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D. Lgs. N. 196/2003 e ss.mm.ii. e con la presente ne autorizza l'utilizzo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Allega:

- copia di documento d'identità personale in corso di validità;
- copia titolo di soggiorno in corso di validità (per i cittadini non UE);
- copia estratti c/c bancari, postali ed altri titoli (azioni, ecc.) del nucleo familiare.