

**OGGETTO: DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SPESA PER L'ACQUISTO DI BENI ALIMENTARI CONNESSO ALL'EMERGENZA DA COVID-19 AI SENSI DELL'ORDINANZA DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI N. 658 DEL 29/03/20**

Il/la sottoscritto/a Nome:

Cognome:

- a) Luogo e data di nascita:
- b) Luogo, indirizzo, n° civ. di residenza (indicare anche il domicilio soltanto se diverso dalla residenza):
- c) Identificato con documento: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
- d) Recapito telefonico e indirizzo mail:
- e) Numero ed età dei componenti del nucleo familiare:
- f) Situazione sanitaria familiare (indicare anche % di invalidità civile e n. componenti invalidi):
- g) Abitazione:  
Proprietà / Affitto (data di scad. del per pagamento rata affitto/muto):

**DICHIARA**

**quanto segue sotto la propria responsabilità e consapevole che i dati riportati saranno soggetti a verifica e che dalla falsità o incompletezza delle dichiarazioni, deriva il recupero, anche forzoso, delle somme erogate e le conseguenze penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/00**

Situazione economica-familiare attuale:

- Di essere nucleo familiare/persone prive di reddito, anche temporaneamente, a causa degli effetti dell'emergenza sanitaria Covid-19
- Di non aver goduto dei buoni spesa, con richiesta presentata da altri componenti del nucleo familiare;
- Di percepire reddito di cittadinanza o altri benefici economici comunali o statali: SI/NO . In caso affermativo, indicare l'importo: € \_\_\_\_\_
- Di percepire pensione da lavoro / sociale / invalidità: SI/NO. In caso affermativo, indicare l'importo: € \_\_\_\_\_
- Di percepire la Cassa integrazione: SI/NO/IN ATTESA In caso affermativo, indicare l'importo: \_\_\_\_\_
- Di avere, alla data di presentazione della domanda, una disponibilità a saldo NON SUPERIORE a Euro 5.000,00 su c/c bancario e/o postale e simili, soggetta a successivi controlli di estratto conto, visionato dall'assistente sociale;

**Gli importi da indicare si intendono di tutti i componenti del nucleo familiare**

DATA E LUOGO

FIRMA DEL RICHIEDENTE

*Si allega documento di riconoscimento del dichiarante*

## **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel./Cel. \_\_\_\_\_

### **ACCONSENTE**

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali.

Letto, confermato e sottoscritto

**DATA E LUOGO**

**FIRMA DEL DICHIARANTE**