

Al Sig. SINDACO  
del Comune di Sequals

**OGGETTO:** richiesta di "buono spesa" a sostegno del reddito per nuclei familiari in difficoltà - intervento di emergenza COVID-19 per **solidarietà alimentare** di cui all'ordinanza della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 658 del 29 marzo 2020 ed eventuali rinnovi

IL/LA SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_ NAT \_ A \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
IL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ E RESIDENTE A \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
CAP \_\_\_\_\_ IN VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
CEL. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ E- MAIL \_\_\_\_\_  
ALTRO RECAPITO \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
CITTADINANZA \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter beneficiare del buono spesa di cui in oggetto in quanto attualmente si trova in una condizione di disagio economico.

A tal fine, valendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle pene stabilite dagli artt. 483, 495 e 496 del Codice Penale per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità,

**dichiara per sé e per il proprio nucleo familiare**

**che la situazione emergenziale per cui necessita della misura urgente di solidarietà alimentare è la seguente** (es: interruzione attività lavorativa, assenza di reddito negli ultimi due mesi a causa dell'emergenza COVID-19)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- CHE il proprio nucleo anagrafico è composto da n. \_\_\_\_ persone di cui: n. \_\_\_\_ minorenni  
n. \_\_\_\_ con disabilità  
n. \_\_\_\_ di età pari o maggiore di 65
- CHE nessun componente il nucleo familiare è beneficiario di interventi economici erogati da enti pubblici  
**ovvero**
- CHE il nucleo familiare usufruisce delle seguenti misure di sostegno pubblico:

<input type="checkbox"/> <b>Reddito di cittadinanza</b> per un importo pari a € _____ dal _____	<input type="checkbox"/> <b>Ammortizzatori sociali (indicare tipologia)</b> _____ per un importo pari a € _____ dal _____
<input type="checkbox"/> <b>Rei</b> per un importo pari a € _____ Dal _____	<input type="checkbox"/> <b>altre forme di sostegno previste a livello nazionale, locale o regionale</b> tipologia e importo _____ € _____ dal _____

- CHE nel mese di marzo 2020 il proprio nucleo familiare ha avuto entrate di € \_\_\_\_\_
- CHE nel mese di aprile 2020 il proprio nucleo familiare ha avuto entrate di € \_\_\_\_\_
- di percepire redditi di pensione di importo pari a € \_\_\_\_\_ mensili complessivi
- CHE il proprio nucleo familiare, alla data del 31 marzo 2020, risulta possedere un patrimonio mobiliare (depositato presso istituti di credito e/o uffici postali o altrimenti custodito) pari a € \_\_\_\_\_
- Di risiedere in un alloggio in locazione con canone mensile pari a € \_\_\_\_\_
- Di sostenere mensilmente una spesa di € \_\_\_\_\_ per il mutuo per l'abitazione di residenza del nucleo familiare

**Dichiara inoltre** di essere consapevole:

- che l'eventuale buono acquisti che dovesse essere concesso a fronte della presente domanda **potrà essere utilizzato esclusivamente per l'acquisto di generi alimentari o prodotti di prima necessità, secondo le indicazioni che verranno rese note dal Comune**

- che il Comune procederà alla verifica della veridicità delle dichiarazioni rese, a seguito di specifica selezione o a campione dei criteri di assegnazione delle risorse messe a disposizione a tal fine dallo Stato, come indicate nell'avviso Pubblico del Sindaco del Comune di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ pubblicato sul sito istituzionale dell'Ente.

**Dichiara inoltre** di aver preso visione /ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 e ss. Regolamento UE n. 679/2016 (G.D.P.R.) e dell'art. 13 del D.LGS n. 196/2003.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

Allegato doc. di identità DEL DICHIARANTE