ALLEGATO 1- Fac simile DOMANDA PER L‘EROGAZIONE BUONI SPESA

per GENERI ALIMENTARI E BENI DI PRIMA NECESSITÁ

La/il sottoscritta/o …………..…………………....................................... nata/o a ….....……….........................

in data ………………..…………………………… cittadinanza …………………………………………………..

residente a Cavaglià indirizzo………………….………………………………………………………………….….nr .…………

numero di telefono…………………………………………… e - mail …………..………………………………………………………..

codice fiscale……………………………………………………………………………………………..

identificata/o a mezzo di (tipo di documento di identità)…………………………...…………………………….. n………………………………………………………..rilasciata il ……………….……………………..da…………………………………...

richiede l’erogazione di buoni spesa per l’acquisto di generi alimentari (esclusi alcolici) e beni di prima necessità (prodotti per l’igiene della casa e personali, prodotti farmaceutici o parafarmaceutici).

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi dei Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

D I C H I A R A

che la famiglia convivente (alla data della domanda) risulta così composta:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | Cognome | Data di nascita | Rapporto di parentela | Disabilità  o celiachia[[1]](#footnote-1) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Dichiara altresì per sé e per i componenti del proprio nucleo familiare:

• che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato la medesima istanza

• che il nucleo familiare **non ha** percepito un reddito superiore a **€ 500,00** per il mese di novembre 2020 al netto delle spese di eventuali affitto o mutuo per la casa di abitazione, utenze, spese scolastiche fisse per servizi relativi a minori (es. rette nido/scuola infanzia, mensa scolastica, pre e dopo scuola, scuolabus) **e non ha** disponibilità economica sul/i conto/ii corrente/i superiore a **€ 2.000,00 per componente** e **fino ad un massimo di € 7.500** per nucleo alla data della richiesta[[2]](#footnote-2). Il richiedente dichiara inoltre di essere *(crociare)*:

🞏 privo di occupazione e di sostegno economico pubblico di qualsiasi tipo

🞏 con Reddito di Cittadinanza attualmente sospeso, revocato o decaduto

🞏 appartenente a nucleo con più di 5 componenti

🞏 appartenente a nucleo mono genitoriale

🞏 anziano solo, privo di pensione o titolare di trattamento minimo di pensione

🞏 con conto corrente congelato e/o nella non disponibilità temporanea dei propri beni e/o non in possesso di strumenti di pagamento elettronici

🞏 appartenente a nucleo con disabili e in situazione di fragilità economica

🞏 appartenente a categorie non ricomprese nelle misure attualmente in definizione a livello ministeriale.

Il richiedente dichiara di usufruire già dei seguenti aiuti:

🞏 reddito di cittadinanza per importo mensile di €............................

🞏 social card per importo mensile di €....................................

🞏 pacco alimentare Caritas

🞏 assegno nucleo famigliare per importo mensile di €....................

🞏 altro *(indicare)*..................................................... per un importo di €.................................

*Il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs 196/2003 e degli artt. 13 e 14 del GDPR 679/2016 in ottemperanza al D. Lgs 101/2018, per cui i dati trattati dal Comune di Cavaglià – Ufficio Servizi socio culturali sono raccolti per finalità di intervento specifiche del settore ed acquisiti direttamente da soggetti pubblici; il loro trattamento è svolto in forma cartacea e mediante strumenti informatici e telematici. Titolare del trattamento è il Comune di Cavaglià, con sede in via Mainelli 8. I dati possono essere comunicati nell’ambito degli altri uffici istituzionali e amministrativi, nonché conosciuti dai soggetti pubblici interessati, nonché dai privati nei casi e nei modi previsti dalle disposizioni normative in materia di accesso agli atti. L’informativa completa è visionabile sul sito istituzionale.*

Luogo e data

La/Il dichiarante

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

……………………………………..RISERVATO ALL’UFFICIO……………………………………..

*Erogati n……………….. buoni dal valore di € 50,00 per un totale di €…………………, ritirati dal richiedente*

*in data………………..*

*Firma…………………………………….. Firma per ricevuta …………………………………………………..*

1. Da attestare con certificato medico allegato alla presente [↑](#footnote-ref-1)
2. Allegare copia saldo del/dei conto/i [↑](#footnote-ref-2)