



# CITTA' DI SALA CONSILINA

( Provincia di Salerno )

Via Mezzacapo , n. 44 - c.a.p. 84036

sito istituzionale <http://www.salaconsilina.gov.it> - p.e.c. [protocollo.salaconsilina@asmepec.it](mailto:protocollo.salaconsilina@asmepec.it)

centralino Tel. 0975 525211 - Fax 0975 525268 - Partita IVA 00502010655

**OGGETTO : RICHIESTA BUONI SPESA PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI DI PRIMA NECESSITÀ – EMERGENZA COVID-19.**

**Al Comune di Sala Consilina**

[protocollo.salaconsilina@asmepec.it](mailto:protocollo.salaconsilina@asmepec.it)

[anagrafe@comune.sala-consilina.salerno.it](mailto:anagrafe@comune.sala-consilina.salerno.it)

**Via G.Mezzacapo,n.44**

**SALA CONSILINA**

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

nato/a \_\_\_\_\_ ( ) residente in \_\_\_\_\_

alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ , C.F. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

## **C H I E D E**

di usufruire del buono spesa previsto dall'ordinanza del Dipartimento della Protezione civile n.658 del 29/3/2020 per poter far fronte alle esigenze alimentari del proprio nucleo familiare.

A tal fine

### **DICHIARA (*barrare esclusivamente le voci interessate*)**

sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, consapevole dell'applicazione del D.Lgs.n. 109/98 e s.m.i. in materia di attivazione della procedura di controllo sulla veridicità delle informazioni fornite nella presente autodichiarazione:

( ) di essere egli capo famiglia e che il proprio nucleo familiare è composto altresì da n° \_\_\_\_\_ componenti e precisamente:

1.Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

2.Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

3.Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_

4.Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_

5.Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_

6.Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Grado di parentela \_\_\_\_\_

( ) **a)** che il suo nucleo familiare è in gravi difficoltà economiche a seguito dell’Emergenza COVID 19 in quanto alla data dell’avviso pubblico ( 30/3/2020) ha reddito zero e non ha forme di sostentamento reperibili attraverso accumuli bancari o postali dell’importo complessivo, riferito all’intero nucleo familiare, superiore ad € 10.000,00 (diecimila/00);

( ) **b)** che il suo nucleo familiare è in gravi difficoltà economiche a seguito dell’Emergenza COVID 19 in quanto alla data dell’avviso pubblico ( 30/3/2020) ha fonte di reddito di qualsiasi natura inferiore all’importo mensile di € 300,00 (reddito autonomo, reddito dipendente, reddito da immobili , assegnatari di sostegni economici compreso Reddito di Cittadinanza e Pensione di cittadinanza) e/o che ha forma di sostentamento reperibile attraverso accumuli bancari o postali dell’importo complessivo, riferito all’intero nucleo familiare, non superiore ad € 10.000,00 (diecimila/00);

#### **ALLEGA**

**a pena di irricevibilità** dell’istanza fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscrittore.

Il/La sottoscritto/a, in riferimento al trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda, esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al Reg UE 2016/679 ed al Dlgs n.196/2003 e ss.mm.ii.

Sala Consilina li \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_