



# CITTA' DI SALA CONSILINA

( Provincia di Salerno )

**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. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## **CHIEDE**

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**

*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 capofamiglia 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 \_\_\_\_\_

-) che il nucleo familiare del sottoscritto versa in gravi difficoltà economiche a seguito dell’Emergenza COVID-19, in quanto **nel mese di maggio 2020** ha percepito un reddito **non superiore ad € 500,00** (reddito autonomo, reddito dipendente, reddito da immobili, assegnatari di sostegni economici compreso reddito di cittadinanza e pensione di cittadinanza, redditi provenienti da altri istituti previdenziali da cui poter trarre sostentamento quali disoccupazione, cassa integrazione ordinaria e cassa integrazione in deroga) 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)**;

-) che nessuno dei componenti del proprio nucleo familiare ha beneficiato di altre misure a sostegno del reddito per l'emergenza Covid-19 anche di importo inferiore ad € 500,00 (bonus microimprese artigiane, commerciali, industriali e di servizi, bonus professionisti) erogate dallo Stato o dalla Regione Campania, né vi sono soggetti titolari di pensioni sociali, assegni sociali e pensioni ordinarie di vecchiaia integrate al minimo ai quali verrà erogato dalla Regione Campania, per i mesi di maggio e giugno, un contributo integrativo.

-) che rientra tra i casi per i quali è prevista la precedenza nell'erogazione dei buoni spesa in quanto:

*(barrare con una X esclusivamente se ricorre la circostanza di cui sopra e che dà diritto alla precedenza nell'erogazione dei buoni spesa).*

( ) nessuno del proprio nucleo familiare è stato beneficiario di buoni spesa assegnati con delibere di Giunta Comunale n.80 del 10.4.2020 (I avviso) e n. 86 del 15/5/2020 (II avviso).

( ) il proprio nucleo familiare nel mese di **maggio 2020** ha percepito un reddito complessivo (di qualsiasi natura) prodotto dai suoi componenti pari ad euro \_\_\_\_\_ 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 n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.

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 D.lgs. n.196/2003 e ss.mm.ii.

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

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

\* L’omessa firma dell’istanza e/o l’assenza della copia del documento di riconoscimento del richiedente comportano l’automatica esclusione della domanda.