



# CITTA' DI SALA CONSILINA

( Provincia di Salerno )

ALLEGATO A

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

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 a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
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 OTTOBRE 2020** ha percepito un reddito **non superiore ad € 700,00** (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, in particolare, il proprio nucleo familiare nel mese di **OTTOBRE 2020** ha percepito un reddito complessivo (di qualsiasi natura) prodotto dai suoi componenti pari ad euro \_\_\_\_\_ (**ATTENZIONE** in caso di reddito dichiarato pari ad euro 0,00 (zero) il richiedente, pena l'esclusione dal beneficio, è obbligato a presentare una dichiarazione attestante e quantificante le fonti e i mezzi dai quali il nucleo familiare ha tratto sostentamento (Modello B).

-) che rientra tra i casi per i quali, a parità di reddito dichiarato, è prevista la precedenza nell'erogazione dei buoni spesa in quanto:

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

☐ **nucleo familiare monogenitoriale**

☐ **nucleo familiare con minori di età inferiore ai 2 anni**

☐ **nucleo familiare con minori di età compresa tra i 2 e i 12 anni**

#### ALLEGA

**a pena di irricevibilità dell'istanza:**

☐ fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscrittore n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_.

☐ dichiarazione attestante e quantificante le fonti e i mezzi dai quali il nucleo familiare ha tratto sostentamento (modello B) (da allegare solo nel caso che sia stato dichiarato un reddito pari ad € 0,00 (zero)).

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** \_\_\_\_\_