

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
Ufficio Protocollo - sede
Via G.Mezzacapo n.44 - SALA CONSILINA

AL FINE DI CONSENTIRE UNA CORRETTA LETTURA, COMPILARE IL SEGUENTE MODELLO DI ISTANZA, CHE SI COMPONE DI N.3 PAGINE, CON SCRITTURA IN STAMPATELLO

*** **

Ai sensi del d.p.r. 445/00 - artt. 46 e 47 - consapevole delle sanzioni civili e penali a cui va incontro in caso di dichiarazioni mendaci, formazione di atti falsi o esibizione di atti contenenti dati non corrispondenti a verità (art. 76 d.p.r. 445/00), e 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:

Il/la sottoscritto/a

COGNOME _____												
NOME _____												
LUOGO DI NASCITA _____								DATA DI NASCITA (g./m./a.) ____/____/____				
RESIDENTE IN SALA CONSILINA ALLA VIA _____												
CODICE FISCALE												
Numero di telefono/cellulare												

CHIEDE

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

DICHIARA

DI aver letto e compreso le prescrizioni di cui all'Avviso Pubblico relativo alla presente istanza, approvato con deliberazione di Giunta Comunale **n.42 del 03/03/2022**;

CHEle dichiarazioni relative ai redditi di qualsiasi natura si riferiscono a quelli percepiti dall'intero nucleo familiare, tali da intendersi, a titolo esemplificativo e non esaustivo: reddito da lavoro autonomo o dipendente, reddito prodotto da cespiti, reddito da sostegni economici pubblici, di qualsiasi natura, 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/o qualsiasi altra forma di sostentamento equipollente);

CHE il proprio nucleo familiare è composto dal solo richiedente il beneficio;

CHE il proprio nucleo familiare è composto da n° _____componente/i(ESCLUSO IL SOTTOSCRITTO RICHIEDENTE),residenti anch'essi in Sala Consilina all'indirizzo sopra indicato,e precisamente:

1. COGNOME _____												
NOME _____												
LUOGO DI NASCITA _____								DATA DI NASCITA ____/____/____				
CODICE FISCALE												
RAPPORTO DI PARENTELA												

2. COGNOME _____																	
NOME _____																	
LUOGO DI NASCITA _____							DATA DI NASCITA ____/____/____										
CODICE FISCALE																	
RAPPORTO DI PARENTELA																	

3. COGNOME _____																	
NOME _____																	
LUOGO DI NASCITA _____							DATA DI NASCITA ____/____/____										
CODICE FISCALE																	
RAPPORTO DI PARENTELA																	

4. COGNOME _____																	
NOME _____																	
LUOGO DI NASCITA _____							DATA DI NASCITA ____/____/____										
CODICE FISCALE																	
RAPPORTO DI PARENTELA																	

5. COGNOME _____																	
NOME _____																	
LUOGO DI NASCITA _____							DATA DI NASCITA ____/____/____										
CODICE FISCALE																	
RAPPORTO DI PARENTELA																	

6. COGNOME _____																	
NOME _____																	
LUOGO DI NASCITA _____							DATA DI NASCITA ____/____/____										
CODICE FISCALE																	
RAPPORTO DI PARENTELA																	

7. COGNOME _____																	
NOME _____																	
LUOGO DI NASCITA _____							DATA DI NASCITA ____/____/____										
CODICE FISCALE																	
RAPPORTO DI PARENTELA																	

[] **CHE** l'istante o i componente del proprio nucleo familiare, così come sopra indicati, non sono stati beneficiari dei buoni spesso concessi dal Comune nel mese di dicembre 2021 di cui alle deliberazioni di Giunta Comunale n.245 del 25/11/2021, n.261 del 16/12/2021 e n.270 del 29/12/2021;

(IN CASO DI OMESSA DICHIARAZIONE LA DOMANDA SARÀ ESCLUSA DAL BENEFICIO)

[] **CHE** il proprio nucleo familiare è in gravi difficoltà economiche a seguito dell'Emergenza COVID19, in quanto per i mesi di gennaio e febbraio dell'anno 2022 il reddito complessivo dell'intero nucleo familiare è pari a **ZERO** e che nucleo familiare ha tratto sostentamento mediante l'ausilio economico da parte del sig./sig.ra o di (indicare soggetto che ha prestato ausilio economico: es. familiare, ente, associazione) _____ **di complessivi €** _____

per entrambe le predette mensilità;

[] **CHE** il suo nucleo familiare è in gravi difficoltà economiche a seguito dell'Emergenza COVID19, in quanto **per i mesi di gennaio e febbraio dell'anno 2022 il reddito netto dell'intero nucleo familiare** non è stato superiore ad € _____ per il mese di gennaio ed ad € _____ per quello di febbraio;

(IN CASO DI OMESSA DICHIARAZIONE LA DOMANDA SARÀ ESCLUSA DAL BENEFICIO)

[] **CHE** il proprio nucleo familiare abita in un immobile di proprietà di uno o di più componenti del nucleo medesimo, ovvero concesso agli stessi in uso gratuito da terzi, con contratto regolarmente registrato;

[] **CHE** il proprio nucleo familiare abita in un immobile locato ad uno a più componenti il nucleo medesimo, con contratto regolarmente registrato;

(BARRARE LA CASELLA NEL CASO IN CUI I DEPOSITI BANCARI E POSTALI RIFERITI A TUTTI I COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE NON SIANO COMPLESSIVAMENTE SUPERIORI AD € 10.000.00)

[] **CHE** per l'anno 2022, non ha forme di sostentamento reperibili attraverso accumuli bancari e postali dell'importo complessivo, riferito all'intero nucleo familiare, superiori ad € 10.000,00 (diecimila/00);

ALLEGA

a pena di esclusione dell'istanza:

- 1) Certificazione **ISEE** in corso di validità (**non valido ISEE Corrente**);
- 2) Fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità.

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 _____

(in caso di omessa sottoscrizione la domanda sarà esclusa dal beneficio)