

**OGGETTO: DOMANDA PER “BUONI SPESA” O “ASSISTENZA ALIMENTARE” AI SENSI DEL OCDPC DEL
29.03.2020 N. 658**

Il/la sottoscritto/a (cognome)..... (nome).....

C.F.:

Nato a.....il.....

Residente a..... via.....

Numero telefono.....Indirizzo mail.....

Facente parte del nucleo familiare composto da:

(cognome)..... (nome).....

C.F.:

(cognome)..... (nome).....

C.F.:

(cognome)..... (nome).....

(cognome)..... (nome).....

C.F.:

(cognome)..... (nome).....

C.F.:

(cognome)..... (nome).....

(cognome)..... (nome).....

C.F.:

(cognome)..... (nome).....

C.F.:

(cognome)..... (nome).....

Consapevole delle responsabilità e delle conseguenze penali e civili previste in caso di dichiarazione mendace e/o formazione o uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, dichiara sotto la propria responsabilità

CHIEDE

Di partecipare all'assegnazione di buoni spesa o dall'assistenza alimentare ai sensi dell'Ordinanza della Protezione Civile n. 658/2020 per sé stesso e per il nucleo familiare come sopra indicato

DICHIARA E AUTOCERTIFICA QUANTO SEGUE

- ✓ LA PROPRIA CONDIZIONE DI DISAGIO conseguente all'attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi (indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione all'erogazione del beneficio in oggetto – esempio: perdita lavoro, ecc. ...)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- ✓ DI NON AVERE ATTUALMENTE DISPONIBILITA' DI DENARO PER L'ACQUISTO DI BENI ALIMENTARI E GENERI DI PRIMA NECESSITA'

- ✓ DI: (barrare una casella)

- Di non essere titolare e che nessun altro componente del proprio nucleo familiare è titolare di altre forme di sostegno pubblico;

- Di essere titolare o che il seguente componente (.....) del proprio nucleo familiare è titolare di altre forme di sostegno pubblico (specificare quale e l'importo)

.....
.....

- ✓ Che nessuno dei membri del proprio nucleo familiare ha fatto richiesta o farà richiesta presso altro comune del sostegno di cui alla presente domanda

- Non essere in cassa integrazione (o chomage)

- Di essere in cassa integrazione (o chomage), ma di non avere alla data odierna ricevuto alcuna somma di denaro a tale titolo.

- ✓ Che la propria giacenza attuale su eventuali conti correnti è la seguente: €.....

- ✓ Di individuare i seguenti esercizi commerciali presenti sul territorio comunale presso i quali verrà consumato il buono alimentare:

- La Favola

O in alternativa i seguenti esercizi commerciali presenti sul territorio del Comune di Camporosso

- Eikom

- Lidl
 - MD Market
 - Mercatò
-
- ✓ Di essere consapevole che le presenti dichiarazioni saranno oggetto di successive verifiche e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci rese a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.)
 - ✓ Autorizzo il trattamento di dati personali per le finalità relative alla presente istanza.

Luogo e data.....

Firma

.....

ISTRUZIONI

È possibile inviare la richiesta per mail a info@comunediocchettanervina.it anche senza stamparla e sottoscriverla, allegando copia scansionata del documento di identità (anche con foto del cellulare) – in tal caso verrà chiesta successivamente la regolarizzazione.

E' altresì possibile telefonare al seguente numero di telefono 0184-207942 nei giorni **dal LUNEDI' al VENERDI'** **dalle ore 9.00 alle ore 13.00** ove un operatore provvederà a compilare la domanda per conto dell'interessato, il quale sarà tenuto a perfezionare il tutto (apponendo la propria firma autografa sull'istanza/domanda e allegando copia del proprio documento di identità) all'atto dell'erogazione del buono spesa e/o dell'assistenza alimentare.

In alternativa è possibile consegnare la richiesta direttamente all'Ufficio Protocollo del Comune nei giorni **dal LUNEDI' al VENERDI'** **dalle ore 9.00 alle ore 12.00**

IL TERMINE DI PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE NON E' PERENTORIO