

Prot. n. _____

AL SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI LUGAGNANO VAL D'ARDA

Oggetto: Richiesta per la concessione del BUONO SPESA

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

residente a

via/loc. nr.

Tel/cell.....e-mail.....

CHIEDE

- di poter beneficiare del Buono Spesa di cui all'OCDPC n. 658 del 29.03.2020

A tal fine, presa visione delle disposizioni contenute nel bando e consapevole delle disposizioni e delle sanzioni previste ai sensi di legge nonché della decadenza dai benefici in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

Ai sensi degli artt. 46 e 47 de D.P.R. 445/2000

Barrare la casella corrispondente alla propria situazione

- di essere residente nel Comune di Lugagnano Val d'Arda;
- che a seguito dell'emergenza epidemiologica da COVID – 19, si trova nell'impossibilità di provvedere all'approvvigionamento di generi alimentari di prima necessità per sé e per il proprio nucleo familiare in quanto:
 - Ha perso il lavoro, con attualità dello stato di disoccupazione;
 - Ha subito una riduzione dell'orario di lavoro con conseguente riduzione dello stipendio;
 - È stato sospeso dell'attività lavorativa con conseguente sospensione della remunerazione;
 - E' privo o con insufficienti risorse economiche tali da poter garantire a sé ed al proprio nucleo familiare il necessario sostentamento.

DICHIARA INOLTRE

- Che nel proprio nucleo familiare non sono presenti soggetti che lavorano o possono provvedere al sostentamento del nucleo stesso;
- che il proprio nucleo familiare non beneficia di altri trattamenti economici anche fiscalmente esenti, di natura previdenziale, indennitaria e assistenziale;
- che il proprio nucleo familiare beneficia di altri trattamenti economici anche fiscalmente esenti, di natura previdenziale, indennitaria e assistenziale;
 - Reddito di cittadinanza: : importo mensile €.....;

- REI: importo mensile €.....;
- Naspi Assegno di disoccupazione importo mensile €.....;
- Altro: : importo mensile €.....

▫ Che il proprio nucleo familiare risulta così composto:

N.	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Rapporto di parentela	Condizione occupazionale attuale
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

▫ Che nel proprio nucleo familiare è presente una persona disabile.

DICHIARA infine di essere a conoscenza e consapevole che:

- Il Comune potrà avvalersi dei dispositivi di verifica delle dichiarazioni ed autocertificazioni, di cui al DPR 445/00 e del D.Lgs. 109/98 ss.mm.ii.;
- le dichiarazioni false e mendaci sono penalmente perseguibili;
- l'uso di atti falsi nei casi previsti dalla Legge é punito ai sensi del codice penale e delle Leggi speciali in materia e che potranno essere eseguiti controlli diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati accertamenti, da parte della Guardia di Finanza, presso gli Istituti di Credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio mobiliare, ai sensi degli artt. 4, comma 2 del D.Lgs. n. 109/98 così come modificato dal D.Lgs. n. 130/00;

Data, _____

Firma _____

Dichiaro di avere ricevuto le informazioni inerenti il trattamento dei dati personali fornite dal Titolare ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27.04.2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (c.d. "Regolamento generale sul trattamento dei dati personali" o "GDPR") e del D. Lgs. 30.06.2003, n. 196, così come modificato ed integrato dal D. Lgs. 10.08.2018, n. 101 ("Codice in materia di dati personali" o "Codice Privacy") reperibile sul sito istituzionale dell'Ente all'indirizzo www.comune.lugagnano.pc.it.

Firma _____