

**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI BUONI SPESA O GENERI ALIMENTARI E
BENI DI PRIMA NECESSITA'**

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a Prov. (.....)

Residente nel Comune diin via

n. telefono

codice fiscale

documento di identità n. rilasciato da
..... in data

chiede l'erogazione di buoni spesa o di generi alimentari beni di prima necessità.

Consapevole delle conseguenze amministrative e penali previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di false attestazioni o dichiarazioni, ivi compresa la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

dichiara:

1) Che la famiglia convivente, alla data del _____, è composta da
come risulta da seguente prospetto:

| Cognome e Nome | Sesso (M/F) | Posizione in famiglia | Età | Professione | In carico al Servizio Sociale |
|-----------------------|--------------------|------------------------------|------------|--------------------|--------------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

2) Che la situazione reddituale della famiglia è la seguente:

| Tipologia di entrata | Percepito (SI/NO) | Ammontare mensile | Data ultima erogazione |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Stipendio | | | |
| Cassa integrazione | | | |
| Naspi | | | |
| Mantenimento per sé e/o i figli da parte del coniuge legalmente separato/divorziato | | | |
| Reddito di Cittadinanza | | | |
| Altre entrate (specificare) | | | |

di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo familiare;

| Tipologia di uscita | Ammontare mensile | Data ultimo pagamento |
|-------------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Affitto / Mutuo | | |
| Farmaci non mutuabili | | |
| Assistenza domiciliare / babysitter | | |
| Altre spese (specificare) | | |

3) di possedere Risparmi: **SI** **NO** se SI, di possedere i seguenti Risparmi:

| | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Contanti | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Depositi bancari | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Risparmi postali | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Titoli di Stato | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Buoni fruttiferi | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Interessi da investimenti bancari o postali | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Azioni | € _____ |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare) | € _____ |

4) Situazione emergenziale a causa delle disposizioni conseguenti all'emergenza Covid-19 per cui necessita della misura urgente di solidarietà alimentare: (es. interruzione attività lavorativa, assenza di reddito negli ultimi due mesi a causa dell'emergenza covid-19):

5) di aver preso visione dell'Avviso pubblico del Comune di _____ contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

Luogo/data

La/Il dichiarante
