|  |
| --- |
| *Modello di Domanda* |

All’Ufficio Servizi Sociali

del Comune di Ginosa.

Email. ginosa.andratuttobene@gmail.com

|  |
| --- |
| **RICHIESTA ASSEGNAZIONE DEL BUONO SPESA A FAVORE DI PERSONE E/O FAMIGLIE IN CONDIZIONE DI DISAGIO ECONOMICO E SOCIALE CAUSATO DALLA SITUAZIONE EMERGENZIALE IN ATTO, PROVOCATA DALLA DIFFUSIONE DI AGENTI VIRALI TRASMISSIBILI (COVID -19)** |

Il**/**La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| codice fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_

cellulare e/o telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Carta d’identità n\_\_\_\_\_\_ scadenza\_\_\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliato in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_

cellulare e/o telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carta d’identità n. \_\_\_\_\_\_ scadenza\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in gravi condizioni di bisogno e senza fissa dimora : cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

 Per se stesso o per il proprio nucleo famigliare

 In nome e per conto di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| codice fiscale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_

cellulare e/o telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carta d’identità n. \_\_\_\_\_\_ scadenza\_\_\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

domiciliato in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_

cellulare e/o telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carta d’identità n. \_\_\_\_\_\_ scadenza\_\_\_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in gravi condizioni di bisogno e senza fissa dimora: cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(specificare: tutore, amministratore di sostegno)*

**l’assegnazione dei buoni spesa per l’acquisto di generi alimentari e/o prodotti di prima necessità:**

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell’art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell’art. 75 del su citato D.Lgs. 445/2000

**DICHIARA**

che nessun componente del nucleo familiare ha presentato domanda del Buono Spesa con il precedente Avviso pubblicato con ordinanza sindacale n. 26 del 06/04/2020;

che il proprio nucleo familiare è composto da: (inserire anche il richiedente)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome | Nome | Codice Fiscale | Età’ | Stato Occupazionale | Grado di Parentela | ATTUALMENTE CONVIVENTE ALL’INTERNO DEL NUCLEO FAMILIARE COME SI EVINCE DALLO STATO DI FAMIGLIA (barrare si/no) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

di essere percettore di reddito/entrata netta da lavoro dipendente pubblico o privato, di reddito di cittadinanza, reddito di inclusione, reddito di dignità, di reddito da pensione, di casse previdenziali di categoria o di qualsiasi altra forma di assistenza (ivi comprese quelle predisposte dallo Stato per emergenza Covid-19), pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

di non essere in grado di far fronte alle basilari esigenze alimentari e di prima necessità.

Con la sottoscrizione del presente modulo, acconsento ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, del Regolamento (UE) 2016/679) e ss.mm.ii., al trattamento dei dati personali.

Ginosa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Allega:***

***copia documento d’identità in corso di validità***