

**RICHIESTA DI BUONI SPESA ESCLUSIVAMENTE PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

Il/la sottoscritto/a _____
Nato/a _____ (____) il _____ C.F. _____
Residente nel Comune di Fontainemore, Loc. _____ n. _____ C.A.P. _____
Recapito telefonico _____ Indirizzo email _____
Dati del datore di lavoro (per lavoratori dipendenti)

P.Iva (per lavoratori autonomi) _____
consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/10/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Che il proprio nucleo familiare è composto da:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

CHIEDE

Ai sensi dell'ordinanza n. 658 del 30 marzo 2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile di partecipare all'assegnazione dei "buoni spesa" per l'acquisto di generi alimentari per sé stesso e per il proprio nucleo familiare,

PERTANTO

Consapevole delle responsabilità penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese, agli effetti dell'applicazione delle disposizioni previste dall'art. 48-bis del DPR 29 settembre 1973, n.602;

**DICHIARA E AUTOCERTIFICA PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA
(ai sensi dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n.445)**

- La propria condizione **di disagio conseguente all'attuale emergenza** in considerazione dei seguenti elementi: *(con riferimento a quanto indicato al punto 2 dell'avviso pubblico per l'erogazione dei buoni spesa, descrivere le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate, che saranno valutate ai fini dell'attribuzione dei buoni spesa)*
-
-
-
-
- che nessun componente del nucleo familiare percepisce alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale
- o *alternativamente* di beneficiare, o che i seguenti componenti del nucleo familiare beneficiano del seguente sussidio (con riferimento a quanto indicato al punto 2 lettere e) e f) dell'avviso per l'erogazione dei buoni spesa) di importo pari a €.
-
-
- di essere in carico al servizio sociale regionale e che l'assistente sociale di riferimento è _____
- la presenza nel nucleo familiare di persone con disabilità (indicare il numero) _____
- la presenza nel nucleo familiare di minori _____
- **di essere a conoscenza che il Comune potrà effettuare i dovuti controlli anche a campione circa la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese ai fini della partecipazione al presente avviso**, anche richiedendo la produzione di specifica attestazione ISEE non appena le direttive nazionali consentiranno la ripresa delle attività.
- di aver preso visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, disponibile sul sito web del Comune al quale è rivolta l'istanza.

Allega copia di un valido documento di riconoscimento

Fontainemore _____

Firma del dichiarante

Le domande unitamente alla copia scansionata della carta di identità potranno essere inviate ai seguenti indirizzi mail:
 info@comune.fontainemore.ao.it
 protocollo@pec.comune.fontainemore.ao.it
 consegnate a mano all'ufficio protocollo previo appuntamento.

Per informazioni è possibile contattare il numero evidenziato sull'avviso:
 329/3174418 Segretario comunale – D.ssa Cinzia Bieler