

Domanda di buoni spesa previsto dall'ordinanza del Dipartimento della Protezione Civile n.658 del 29.03.2020 per far fronte alle esigenze alimentari e/o beni di prima necessità dei nuclei familiari più esposti agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ (____) il
____/____/_____
(cognome e nome in stampatello) *(per gli stranieri indicare lo stato di nascita)*
residente nel **Comune di Montalbano Jonico** alla Via _____ Nr. _____
Tel. _____ - mail _____

CHIEDE

Di partecipare all'Avviso "Buoni spesa alimentare e/o beni di prima necessità" di cui all'ordinanza del Dipartimento della Protezione civile n.658 del 29.03.2020.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli artt.46 e 47 D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, nei casi di dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di aver preso visione dell'avviso e di essere a conoscenza delle norme in esso contenute;
- di possedere il requisito di partecipazione in esso indicato
- a) residenza nel Comune di Montalbano Jonico
- di aver perso il lavoro e/o essere in condizioni di bisogno dettate dall'applicazione delle misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 dal mese di marzo 2020
- di non essere percettore di alcun reddito, riferito all'intero nucleo familiare
- di percepire forme di inclusione al reddito o altro: _____ della somma di € _____
- che il proprio nucleo familiare (come da stato di famiglia in data odierna) è composto nel seguente modo:

COGNOME E NOME	Data e luogo di nascita	Rapporti con il richiedente

di cui minori nr: _____

- che nessun altro dei componenti del proprio nucleo familiare ha presentato domanda per la medesima finalità
- presenza di soggetti affetti da patologie croniche nel nucleo familiare, che non godano di altre forme di sostegno economico - n. _____
- Presenza nel nucleo familiare di un componente diversamente abile in possesso di una percentuale di invalidità pari o superiore al 50 %, ma non titolare di emolumenti economici (nel caso in cui sia titolare, ma il beneficio sia sospeso alla data del 29/03/2020, tale punteggio viene riconosciuto)

la necessità del bisogno è la seguente _____

DICHIARA INOLTRE

- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ente eventuali variazioni rispetto alle condizioni dichiarate per l'erogazione del contributo.
- di essere a conoscenza del fatto che il Comune di Montalbano Jonico potrà effettuare controlli per la verifica delle autocertificazioni presentate e, nei casi di dichiarazioni false rilasciate al fine di ottenere indebitamente il beneficio del contributo, il richiedente decadrà immediatamente dallo stesso e potrà incorrere nelle sanzioni del codice penale e dalle leggi specifiche in materia;
- di essere stato informato, ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n. 196/2003, sulle finalità di utilizzo e sulle modalità di gestione dei dati conferiti con la presente istanza, i quali saranno oggetto di trattamento da parte del Comune di Montalbano Jonico secondo la normativa vigente in materia ed esclusivamente utilizzati ai fini dell'attività amministrativa.

ALLEGA: Fotocopia del documento d'identità in corso di validità del richiedente.

Montalbano Jonico, _____

IL /LA DICHIARANTE
