****

**COMUNE DI POLLENA TROCCHIA**

**EMERGENZA COVID-19**

**BUONI SPESA UTILIZZABILI PER L’ACQUISTO**

**DI GENERI ALIMENTARI E/O PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA’**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente in Pollena Trocchia alla Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, professione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del DPR n° 445 del 28 dicembre 2000, consapevole che tutte le dichiarazioni rese con la presente domanda sono riferite alla data di presentazione della domanda stessa, avendo preso sufficiente visione dell’avviso pubblico e accettandone incondizionatamente condizioni e prescrizioni ivi contemplate, con particolare riferimento alle modalità operative e di assegnazione dei buoni spesa, nonché all’utilizzo dello stesso

**CHIEDE**

di poter accedere alla fruizione dei buoni spesa utilizzabili per l’acquisto di generi alimentari, di cui all’ordinanza n.658/2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile.

**A tal fine, dichiara:**

- di essereresidente nel Comune di Pollena Trocchia alla data di pubblicazione dell’Avviso, in immobile **(BARRARE LA CASELLA):**

* di proprietà
* in locazione, con canone mensile di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

- che il proprio nucleo familiare:

* si trova **in stato di bisogno** a seguito dell’emergenza COVID-19, per il seguente motivo **- BARRARE LA CASELLA -:**
* chiusura o sospensione di attività lavorativa, propria o ​svolta in qualità di dipendente;
* non aver ottenuto ammortizzatori sociali o non poter accedere a forme di ammortizzatori sociali
* assenza di fonti di sostentamento
* il proprio nucleo familiare è composto da nr. \_\_ componenti, di cui N.\_\_\_ minori, come di seguito indicati:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N. d’ord** | **COGNOME e NOME** | **NASCITA** | **Rapporto con il/la dichiarante** |
|  |  | **LUOGO** | **DATA** |  |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |

* Nel nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_ componenti portatori di handicap (con invalidità superiore al 66% e/o titolari di L. 104/92)
* Nessun componente del nucleo familiare ha già beneficiato del Buono Spesa a seguito del precedente avviso pubblico
* non è già assegnatario di altre misure di sostegno pubblico
* è già assegnatario di sostegno pubblico (specificare la tipologia di sostegno) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un importo mensile di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di essere possessore di ulteriori beni immobili.

- di essere a conoscenza che il buono spesa è spendibile solo per alimentazione presso i punti vendita che saranno comunicati dal Comune.

- di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega: Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;

**TRATTAMENTO DEI DATI:** Ai fini del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di privacy (RGPD 2016/679), di essere a conoscenza che tutti i dati personali comunicati dai richiedenti, saranno trattati in modalità cartacea e/o informatica nel rispetto di quanto previsto dalle vigenti disposizioni normative e regolamentari in materia. I dati saranno utilizzati esclusivamente per le finalità di cui alla presente richiesta.

Luogo e data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

 Firma

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

ALLEGATO : Documento di riconoscimento in corso di validità.