



## COMUNE di CAPRANICA PRENESTINA

*Provincia di ROMA*

*P.zza Aristide Frezza, 6 - 00030 Capranica Prenestina - Telef. 06/9584031-126 Fax 06/9584337  
Cod. Fisc. 85003030583 - Part. IVA 02145561003 - c.c.p. 51629004*

---

### **ASSEGNAZIONE DI “BUONI SPESA” NUCLEI FAMILIARI (ANCHE MONOPERSONALI) IN CONDIZIONI DI DISAGIO ECONOMICO A CAUSA DELL’EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19**

#### **DOMANDA**

Il sottoscritto/la sottoscritta  
*cognome e nome* .....  
nato/a ..... Prov .....  
il ..... residente nel Comune di Capranica Prenestina  
in Via/Piazza ..... n .....  
Codice Fiscale .....  
Cellulare ..... telefono abitazione .....  
Email .....

PRESA VISIONE dell'avviso per l'assegnazione di BUONI SPESA per far fronte al disagio economico conseguente all'emergenza sanitaria da COVID-19

#### **CHIEDE**

l'assegnazione di Buoni Spesa a favore del proprio nucleo familiare e a tal fine, consapevole delle responsabilità penali a suo carico, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 relativo a falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n. 445/2000, e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R., fatte salve, in ogni caso, le sanzioni penali previste dall'art. 76;

#### **D I C H I A R A:**

**di essere** cittadino italiano;

*oppure*

**di essere** cittadino straniero (con regolare permesso di soggiorno);

*oppure*

**di essere** cittadino comunitario (con regolare permesso di soggiorno);

**di essere** residente nel Comune Capranica Prenestina;

- che la composizione** del proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è la seguente:

n.	cognome	nome	luogo di nascita	Data di nascita	Relazione di parentela

*Scegliere l'opzione che interessa*

- che nessun** componente del proprio nucleo familiare ha presentato domanda di buoni spesa presso questo o altri Comuni;
- di aver** richiesto € 600 come sostegno per coloro che sono in possesso di partita Iva;
- di NON** percepire altre forme di sostegno quali cassa integrazione, assegno di disoccupazione ecc..
- che la propria famiglia è monogenitoriale** (presenza di un unico genitore nel nucleo familiare per stato di vedovanza, morte, separazione, divorzio, irreperibilità certificata, mancato riconoscimento del figlio da parte di uno dei due genitori) privo di reddito o in situazione economica tale da non soddisfare i bisogni primari dei minori;
- che del proprio nucleo familiare** fa parte un componente che è stato o è sottoposto a provvedimento restrittivo della libertà disposto dell'autorità giudiziaria, e che, lo stesso, è l'unico percettore di reddito;
- che la propria famiglia** è interessata da un provvedimento di sfratto per morosità incolpevole;
- di essere** in possesso di un reddito complessivo (lordo) pari ad € \_\_\_\_\_ per l'anno ..... come risultante dall'ultima dichiarazione dei redditi/CU presentata;
- che i componenti** del proprio nucleo familiare percepiscono i seguenti redditi:

n	cognome	nome	Reddito complessivo loro risultante dall'ultima dichiarazione dei redditi/CU presentata

- di abitare** in immobile in affitto in Capranica Prenestina via .....  
..... n. .... canone di locazione mensile € .....
- di percepire** il sostegno al reddito per euro (reddito di cittadinanza/ € ..... );
- che nel proprio nucleo familiare** sono presenti n. \_\_\_\_ soggetti con disabilità, in possesso di una percentuale di invalidità pari o superiore al 75% (*opzionale* allegare copia del decreto di invalidità o altra certificazione sostitutiva);
- di aver subito** in seguito all'emergenza epidemiologica da COVID – 19 il mutamento repentino della propria condizione socio-economica passando da una situazione di stabilità ad una di instabilità;
- che il nucleo familiare** è in una condizione familiare di disagio socio economico a causa di una condizione transitoria di malattia;

Il sottoscritto/la sottoscritta, dichiara inoltre:

- di essere consapevole delle responsabilità penali a suo carico, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 relativo a falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n. 445/2000, e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R., fatte salve, in ogni caso, le sanzioni penali previste dall'art. 76;
- di utilizzare, in caso di assegnazione, i buoni spesa, ESCLUSIVAMENTE per l'acquisto di generi di prima necessità, con divieto di acquisto di alcolici, di superalcolici e tabacchi.
- di essere a conoscenza che in caso di assegnazione, contestualmente alla consegna dovrà essere sottoscritta una ricevuta ;
- di essere a conoscenza che il Comune, in sede di istruttoria, potrà esperire accertamenti tecnici ed ispezioni e ordinare esibizioni documentali;

- di essere consapevole che il trattamento dei propri dati viene svolto dal Comune di Capranica Prenestina, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, ai sensi dell'art. 13 Dlgs 196 del 30 giugno 2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679)
- di allegare copia di documento di identità in corso di validità;

Capranica Prenestina, lì .....

firma

---

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

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili dichiarati, ai sensi della vigente normativa in materia (D. Lgs. 101/2018 e Regolamento UE 2016/679) ed è consapevole che gli stessi saranno utilizzati per tutte le finalità collegate al presente bando. Il domandante si impegna, altresì, a comunicare, con assoluta tempestività, una qualsivoglia variazione di quanto dichiarato e comunicato.

Capranica Prenestina .....

firma

---