

## Al Comune di Gualtieri Sicaminò

### **RICHIESTA SOSTEGNO ALIMENTARE "BUONI SPESA COMUNALI" PER ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI O PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA' - EMERGENZA COVID 19.**

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a Gualtieri Sicaminò Via/piazza \_\_\_\_\_

Documento riconoscimento tipo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Tel/Cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

consapevole delle responsabilità e delle conseguenze di natura civile e penale previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti ed uso di atti falsi, anche ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, ed, altresì, che qualora si accertasse la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

### **CHIEDE**

**il rilascio dei "buoni spesa comunali", utilizzabili per l'acquisto di generi alimentari o prodotti di prima necessità presso gli esercizi commerciali riportati nell'elenco pubblicato nel sito istituzionale dal Comune di Gualtieri Sicaminò.**

Dichiara che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_ componenti di cui n. \_\_\_\_\_ figli minori e n. \_\_\_\_\_ disabili come di seguito specificato:

Nome e Cognome	Luogo e data di nascita	Condizione lavorativa (es. pensionato, disoccupato, cassa integrato)

- Di NON avere disponibilità di risparmi** su conti correnti, libretti postali o bancari, o carte di credito ricaricabili, intestati a sé o ai componenti del proprio nucleo familiare, **adeguati a far fronte al momento**

**di difficoltà economica.**

**Di essere in stato di bisogno** poiché il proprio nucleo familiare è **privo di reddito e NON USUFRISCE** di sussidi di provenienza statale, regionale e/o comunale.

**Di essere in stato di bisogno ed in una situazione di temporanea difficoltà impossibilitato a soddisfare le necessità più urgenti ed essenziali e allo stato non assegnatario di sostegno pubblico (come disposto dall'ordinanza della Presidenza del Consiglio n.658 del 29.03.2020).** Il proprio nucleo familiare risulta esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus COVID 19 per una delle seguenti cause (barrare la casella interessata):

- Licenziamento.
- Tempo determinato non rinnovato.
- Messa in Cassa integrazione o strumenti similari (esempio Fondo d'integrazione salariale).
- Badante con interruzione di contratto.
- Forte contrazione del reddito, che ha anche carico familiare.
- Titolare di Partita iva o Titolare di piccola azienda che ha drasticamente ridotto il volume di affari (rientranti nei codici Ateco definiti dagli ultimi D.P.C.M.).
- Lavoratore intermittente che, pur avendo contratto attivo, ha avuto drastiche riduzione nelle chiamate.
- Altro: \_\_\_\_\_

**Di usufruire di reddito assistenziale (cittadinanza/inclusione/altro).**Indicare quale e relativo importo: \_\_\_\_\_

**SI ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITÀ**

Gualtieri Sicaminò, li \_\_\_\_\_

Il dichiarante

\_\_\_\_\_

**Informativa sulla privacy**

Il/la sottoscritto/a interessato/a, con la firma apposta alla presente, presta il proprio consenso affinché il Comune proceda al trattamento dei dati personali per le finalità specifiche di cui alla presente domanda, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss.mm.ii..

Firma

\_\_\_\_\_