



Comune di Villanova Truschedu

Provincia di Oristano

Tel. 0783607603 – Fax 0783607722 – e-mail: villanova.truschedu@tiscali.it

OGGETTO: MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE AI SENSI DELL'ART 53 del D.L.
73/2021

RICHIESTA DI SOSTEGNO ALIMENTARE

All'Ufficio Servizi Sociali
del Comune di Villanova Truschedu

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ il _____
e residente a _____ in Via/Viale/P.zza _____
_____ n. _____

o (compilare se diverso dalla residenza) domiciliato a Villanova Truschedu Via/Viale/P.zza
_____ n. _____

Codice Fiscale _____

Tel./Cell _____ E-mail _____

RICHIEDE

di poter fruire dei benefici previsti dal decreto Ristori ter:

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 (reclusione fino a due anni), nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità e che, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000);

DICHIARA quanto segue

1. Che il numero dei componenti del proprio nucleo familiare (compreso il sottoscritto) è il seguente:

2. Nel nucleo familiare sono presenti minori, portatori di handicap, persone con esigenze particolari? Se sì, specificare _____

3. Che io e/o gli altri componenti del mio nucleo familiare:

- Non percepiamo altri sostegni pubblici _____
- Percepiamo il Reddito o la Pensione di Cittadinanza € _____ mensile;
- Percepiamo altri assegni pensionistici € _____ mensile;
- Percepiamo altre forme di aiuto pubblico € _____ mensile;
- Percepiamo redditi da lavoro autonomo € _____ mensile;



Comune di Villanova Truschedu

Provincia di Oristano

Tel. 0783607603 – Fax 0783607722 – e-mail: villanova.truschedu@tiscali.it

- Percepriamo redditi da lavoro dipendente € _____ mensile;
 Altro _____ € _____ mensile;

4. di aver preso visione dell'avviso pubblico relativo alla solidarietà alimentare, di accettarne i contenuti e di utilizzare il buono spesa esclusivamente per l'acquisto dei beni previsti nell'elenco presente nello stesso, e **di utilizzare il buono spesa esclusivamente negli esercizi commerciali convenzionati con il Comune di Villanova Truschedu**. Dichiara inoltre di essere informato che ogni abuso comporterà la revoca del sostegno e denuncia penale se la fattispecie costituisce più grave reato.

5. Autorizzo inoltre il trattamento dei miei dati personali presenti nella dichiarazione resa ai soli fini della evasione della istanza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679):

- Autorizzo Non autorizzo

- **Allega alla presente copia del proprio documento d'identità in corso di validità**

Villanova Truschedu

Il Dichiarante