

Oggetto: Richiesta buoni spesa alimentare di cui all'articolo 53, comma 1 del D.L. N. 73 DEL 25.05.2021.

--

Il/La \_\_\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di accedere all'assegnazione del buono spesa alimentare mensile da emergenza Covid - 19 destinato alle famiglie residenti, da utilizzare presso gli esercizi commerciali del territorio comunale aderenti all'iniziativa.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/10/2000 n. 445 (Chiunque attesta falsamente al pubblico ufficiale, in un atto pubblico, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino a due anni. Se si tratta di false attestazioni in atti dello stato civile, la reclusione non può essere inferiore a tre mesi.) e della decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**DICHIARA**

- di essere residente nel Comune di Ocre
- di essere in situazione di temporanea difficoltà a seguito dell'emergenza COVID 19 (es. mancanza di lavoro anche saltuario/occasionale, etc.; perdita/sospensione dell'attività lavorativa; etc..) come di seguito specificato : \_\_\_\_\_;
- di non essere percettore/non avere all'interno del nucleo familiare percettori di pensioni di anzianità o di vecchiaia;
- di non essere percettore/non avere all'interno del nucleo familiare percettori di reddito da lavoro dipendente (sia esso da Pubblica Amministrazione che da privato).

**DICHIARA** che:

il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_ persone, di seguito elencate:

(Cognome)	(Nome)	(Luogo e data di nascita)	(Relazione di parentela)
.....	.....	.....	..... <b>DICHIARANTE</b> .....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

.....	.....	.....	.....
-------	-------	-------	-------

- che nel proprio nucleo familiare sono presenti:  
N. \_\_\_\_ minori, N. \_\_\_\_ disabili (specificare se portatore di handicap grave)

- che nel proprio nucleo familiare:  
 sono presenti  non sono presenti beneficiari di sostegno economico, sussidi ecc, connessi a stati di difficoltà non strettamente conseguenti all'emergenza Covid-19

- che nel proprio nucleo familiare:  
 sono presenti  non sono presenti beneficiari di Reddito di Inclusione o reddito di Cittadinanza

che nessun membro del proprio nucleo familiare ha presentato domanda di ammissione al beneficio di cui all'articolo 2 del decreto legge 23 novembre 2020, n. 154

**SPECIFICARE ULTERIORI CAUSE DI DIFFICOLTÀ CONNESSE ALL'EMERGENZA COVID-19, NON RICONOSCIBILI AI PUNTI DI CUI SOPRA:**

_____
_____
_____

Il sottoscritto può essere contattato al seguente numero di telefono ..... mail: .....

Allegato:  
**- Copia fotostatica del documento d'identità**

Data \_\_\_\_\_

Il richiedente  
.....

**Informativa art. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679**

*L'interessato è consapevole che i dati personali e sensibili contenuti nella presente dichiarazione e relativa documentazione allegata saranno trattati dal Comune di Barisciano nel rispetto delle disposizioni e secondo le modalità di legge attualmente vigenti, come previsto dal Reg. UE 2016/679 e dal D.lgs. 196/2003 e ss. mm. ed ii. ovvero secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza, anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici. Titolare del trattamento è il Comune di Ocre, Via Del Municipio n. 1 ; Responsabile del Trattamento è la Ditta Risolvo PC di Di Pascasio Davide con sede in via F.lli Rosselli n 102 Avezzano (AQ). I dati potranno essere comunicati anche ad altri uffici (es. protocollo, ragioneria, tecnico). Il conferimento dei dati personali e sensibili richiesti è obbligatorio: il loro mancato conferimento e la mancata autorizzazione al loro trattamento non consentirà di prendere in esame la domanda. L'interessato potrà esercitare in qualsiasi momento i diritti di cui agli artt.12 e ss. del Reg. UE 2016/679.*

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma di consenso al trattamento dei dati personali

\_\_\_\_\_