

EMERGENZA SANITARIA LEGATA AL DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19

MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

MODELLO ISTANZA DI ACCESSO AI "BUONI SPESA" DI CUI ALL'ORDINANZA DEL CAPO
DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29/03/2020

*Al Comune di Acquaviva Platani
Ufficio Servizi Sociali*

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
il _____, residente in _____, in Via
_____ n. _____, recapito telefonico _____
Codice Fiscale _____, email _____

trovandosi in uno stato di bisogno che, allo stato attuale, gli preclude la possibilità di procurarsi
e/o acquistare generi alimentari e di prima necessità per sostenere il proprio nucleo familiare,

CHIEDE

di poter accedere al beneficio del "Buono Spesa" di cui all'art. 1 e 2 del decreto legge 23/11/2020,
n. 154 che rimanda per la ripartizione del nuovo stanziamento agli allegati 1 e 2 dell'ordinanza del
Capo della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, per l'acquisto di alimenti di prima necessità.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle
conseguenze penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARA, PER SÉ E PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

- di essere residente nel Comune di Acquaviva Platani (CL);
- di essere, allo stato attuale, disoccupato;
- di non percepire eventuali redditi di pensione, Reddito di Cittadinanza, Reddito di Emergenza, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare pubblico o da indennità sostitutive Covid-19 non superiore al contributo spettante in base alla composizione del nucleo familiare, e di ogni altro reddito esente ad eccezione dell'indennità di accompagnamento;
- che il proprio nucleo familiare è composto da n. ____ componenti, conformemente all'attuale Stato di Famiglia;
- di avere liquidità in contanti, e/o presso la banca/posta, compresa tra:
 - 0€ e 3.000 €;
 - 3.000 € e 5.000 €;
 - oltre 5.000 €;
- di essere l'unica persona del nucleo familiare ad aver presentato questa domanda di accesso al "Buono Spesa".

di percepire la somma mensile, per nucleo familiare, di € _____, derivante da _____ anche se proveniente da redditi esenti ad esclusione dell'indennità di accompagnamento

Il/La sottoscritto/a allega alla presente una copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità. Inoltre, dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto. I dati acquisiti, che non rappresentano in alcun modo motivi di esclusione, sono necessari ai fini di dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici, finalizzata all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare. Il/La sottoscritto/a prende atto e dichiara di accettare, altresì, che, successivamente all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare, il Comune di Acquaviva Platani procederà alla messa a disposizione con le modalità e i tempi dallo stesso stabiliti.

Acquaviva Platani, _____

Firma

Con la firma apposta sulla presente istanza, si autorizza il Comune di Acquaviva Platani al trattamento dei propri dati personali, esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all'art. 13 del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dall'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679). Il Comune di Acquaviva Platani si riserva la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati, procedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente.