**AL COMUNE DI SAN MICHELE SALENTINO - UFFICIO SERVIZI SOCIALI –**

protocollo@comune.sanmichelesal.br.it, oppure segreteria.comune.sanmichelesal.br@pec.rupar.puglia.it

**Oggetto: Emergenza COVID-19. Richiesta buono spesa “4^ tranche” -**

**La/Il sottoscritta/o**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome |  | Nome  |  |
|  |  |
| Nato/a a |  | Prov. |  | il |  |
|  |  |
| Residente a |  |  | Prov. |  |
|  |  |
| Indirizzo |  | CAP |  |
|  |  |
| Tel.  |  | Tel.2 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| e-mail/pec |  |
|  |  |
| C.F. |  |

**CHIEDE**

**di ricevere in consegna Buoni spesa per acquisto di generi alimentari di prima necessità e prodotti di igiene, previsti dall'articolo 2 del decreto legge 23 novembre 2020, n. 154 e dall’Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020.**

* **Per la prima volta**
* **Per la 4^ tranche**

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 e s.m.i, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000 e s.m.i, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

* Di aver letto e condiviso i contenuti dell’Avviso Pubblico sull’erogazione dei buoni spesa
* Di essere consapevole che quanto sotto dichiarato sarà oggetto di controllo e verifica da parte del Comune nonché dei competenti organi (Guardia di Finanza, Agenzia delle Entrate, etc.).
* Che il proprio nucleo familiare (come da stato di famiglia) è composto da n. \_\_\_\_\_\_ persone e che, pertanto, oltre al dichiarante, vi sono:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Parentela*** | ***Cognome*** | ***Nome*** | ***Luogo di nascita*** | ***Data di nascita*** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**DICHIARA, altresì, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

**Relativamente al bimestre febbraio-marzo dell’anno 2021:**

* **Che nel proprio nucleo familiare non ci sono soggetti percettori di reddito dipendente/autonomo, pensione o qualsiasi forma di sostegno pubblico (come ad es. cassa integrazione ordinaria e in deroga, stipendi, pensioni sociali, pensioni di inabilità, reddito di cittadinanza, altre indennità speciali connesse all’emergenza Covid-19, misure di sostegno previste dai vari decreti Cura Italia ecc.) di importo superiore ad 700,00 euro/mese;**
* **Che il proprio nucleo familiare non possiede reddito disponibile e alcuna forma di sostentamento reperibile attraverso accumuli bancari o postali di importo superiore ad € 5.000,00, al netto di obbligazioni derivanti da contratti di mutuo, locazione, pagamento utenze, etc .**

Il richiedente allega alla presente la documentazione richiesta:

- Copia di documento di identità valido.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile

**Informativa sulla privacy**

*Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa ed autorizzo al trattamento anche operatori di cui l’Amministrazione si avvarrà per le finalità della presente richiesta.*

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_