Comune di Grotte

 (Libero Consorzio Comunale di Agrigento)

[www.comunedigrotte.it](http://www.comunedigrotte.it) email info@comunedigrotte.org *P.E.C.* comunedigrotte@pec.it

Al Signor SINDACO

COMUNE DI GROTTE (AG)

OGGETTO: **Misure urgenti di solidarietà alimentare per effetto delle conseguenze dell’emergenza COVID–19. Istanza per buoni spesa**.

La/il sottoscritta/o\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_

telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ai sensi dell’articolo 2 “Misure urgenti di solidarietà alimentare” del decreto legge 23 novembre 2020, n. 154, in relazione agli effetti economici derivanti dall’emergenza epidemiologica da virus COVID-19 per soddisfare necessità urgenti ed essenziali

**CHIEDE**

 La concessione di buoni spesa per l’acquisto di generi alimentari.

A tal fine dichiara, a norma dell’art. 47 del DPR 445 del 28/12/2000:

1. che il proprio nucleo familiare risultante all’anagrafe è così composto:
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. di essere in una delle seguenti situazioni (barrare la situazione ricorrente):
	* **nessun componente del nucleo familiare** è beneficiario di alcun sostegno pubblico (Reddito o Pensione di Cittadinanza, REI, NASPI, indennità di mobilità, di cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale);
	* **assegnatari di sostegno pubblico** (RdC, Rei, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale) fino a:
		+ € 400,00 per nucleo familiari fino a 1 persone **indicare importo esatto**\_\_\_\_\_
		+ € 500,00 per nucleo familiari fino a 2 persone i**ndicare importo esatto** \_\_\_\_\_\_
		+ €600,00 per nucleo familiari fino a 3 persone **indicare importo esatto \_\_\_\_\_\_**
		+ € 700,00 per nucleo familiari fino 4 persone **indicare importo esatto** \_\_\_\_\_\_
		+ € 800,00 per nucleo familiare otre 5 persone **indicare importo esatto** \_\_\_\_\_\_\_
	* **altre situazioni particolari (specificare): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
10. che nessun altro componente il nucleo familiare ha presentato analoga istanza;
11. che all’interno del proprio nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_\_\_\_ minori;
12. di essere componente di nucleo familiare che versa in stato di bisogno in quanto esposto agli effetti economici derivanti dall’emergenza epidemiologica da virus Covid-19;
13. che i buoni spesa verranno utilizzati per soddisfare le necessità più urgenti ed essenziali.

Allega alla presente richiesta:

- copia della carta d' identità.

-Attestazione ISEE in corso di validità

Il/La sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, dichiaro/a che quanto sopra corrisponde a verità. Dichiaro anche di essere a conoscenza di tutte le prescrizioni contenute nell’avviso pubblico misure urgenti di solidarietà alimentare (buoni spesa) emanato dal Comune di Grotte. Dichiaro/a altresì di essere a conoscenza che possono essere eseguiti controlli da parte dell’INPS e del Comune di Grotte per verificare quanto dichiarato e in caso di dichiarazioni mendaci decadrà dal beneficio.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INFORMATIVA AI SENSI DELLA LEGGE N. 196/2003 Il/La sottoscritto/a dichiaro/a di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003 che il trattamento dei dati personali è indispensabile ai fini dell’erogazione del beneficio richiesto e 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 in particolare che sarà prevista la comunicazione dei dati personali raccolti, relativi alla situazione patrimoniale e lavorativa, ad altre pubbliche amministrazioni o a privati, quanto ciò sia indispensabile per assicurare la richiesta di prestazione sociale e per i controlli previsti dalla normativa vigente, ed ai soggetti eventualmente incaricati del recupero crediti.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_