



CITTA' DI SALA CONSILINA

(Provincia di Salerno)

OGGETTO: RICHIESTA BUONI SPESA PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI DI PRIMA NECESSITÀ – EMERGENZA COVID-19.

Al Comune di Sala Consilina

protocollo.salaconsilina@asmepec.it

anagrafe@comune.sala-consilina.salerno.it

Via G.Mezzacapo,n.44

SALA CONSILINA

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ (_____) il _____
residente in _____
alla Via _____ n. _____, C.F. _____
Tel. _____ E-mail _____

C H I E D E

di usufruire del buono spesa previsto dall'ordinanza del Dipartimento della Protezione civile n.658 del 29/3/2020 per poter far fronte alle esigenze alimentari del proprio nucleo familiare.

A tal fine

D I C H I A R A

sotto la sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia, consapevole dell'applicazione del D.Lgs.n.109/98 e s.m.i. in materia di attivazione della procedura di controllo sulla veridicità delle informazioni fornite nella presente autodichiarazione:

-) di essere egli capofamiglia e che il proprio nucleo familiare è composto altresì da n° _____ componenti e precisamente:

1. Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Grado di parentela _____

2. Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Grado di parentela _____

3. Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Grado di parentela _____

4. Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Codice fiscale _____

Grado di parentela _____

5. Cognome e Nome _____
Luogo e data di nascita _____
Codice fiscale _____
Grado di parentela _____

6. Cognome e Nome _____
Luogo e data di nascita _____
Codice fiscale _____
Grado di parentela _____

-) di non essere componente di uno dei nuclei familiari già assegnatari di buoni spesa a seguito di delibera di Giunta Comunale n.80 del 10.4.2020;

-) che il nucleo familiare del sottoscritto versa in gravi difficoltà economiche a seguito dell'Emergenza COVID-19, in quanto nel mese di marzo 2020 ha percepito un reddito non superiore ad €500,00 (reddito autonomo, reddito dipendente, reddito da immobili, assegnatari di sostegni economici compreso reddito di cittadinanza e pensione di cittadinanza, redditi provenienti da altri istituti previdenziali da cui poter trarre sostentamento quali disoccupazione, cassa integrazione ordinaria e cassa integrazione in deroga se di importo superiore a €500,00 mensili) e non ha forme di sostentamento reperibili attraverso accumuli bancari o postali dell'importo complessivo, riferito all'intero nucleo familiare, superiore ad € 10.000,00 (diecimila/00);

-) che nessuno dei componenti del proprio nucleo familiare rientra tra i soggetti aventi diritto di altre misure a sostegno del reddito per l'emergenza Covid-19 (bonus microimprese artigiane, commerciali, industriali e di servizi, bonus professionisti, cassa integrazione ordinaria e cassa integrazione in deroga ecc.) erogate dallo Stato o dalla Regione Campania, né vi sono soggetti titolari di pensioni sociali, assegni sociali e pensioni ordinarie di vecchiaia integrate al minimo ai quali verrà erogato dalla Regione Campania, per i mesi di maggio e giugno, un contributo integrativo.

di rientrare tra i casi per i quali è prevista la precedenza nell'erogazione dei buoni in quanto il proprio nucleo familiare versa in gravi difficoltà economiche a seguito dell'Emergenza COVID-19, poiché nel mese di marzo 2020 ha percepito un reddito (di qualsiasi natura) inferiore all'importo mensile di € 300,00 (reddito autonomo, reddito dipendente, reddito da immobili, assegnatari di sostegni economici compreso reddito di cittadinanza e pensione di cittadinanza, redditi provenienti da altri istituti previdenziali da cui poter trarre sostentamento quali disoccupazione, cassa integrazione ordinaria e cassa integrazione in deroga se di importo inferiore a € 300,00 mensili) e/o che ha forma di sostentamento reperibile attraverso accumuli bancari o postali dell'importo complessivo, riferito all'intero nucleo familiare, non superiore ad €10.000,00 (diecimila/00).

(Barrare con una X esclusivamente se ricorre la circostanza di cui sopra e che dà diritto alla precedenza nell'erogazione delle somme dovute).

ALLEGA

a pena di irricevibilità dell'istanza, fotocopia del documento di riconoscimento del sottoscrittore n. _____ rilasciato da _____ il _____.

Il/La sottoscritto/a, in riferimento al trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda, esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi nel rispetto delle finalità e modalità di cui al Reg UE 2016/679 ed al D.lgs. n.196/2003 e ss.mm.ii.

Sala Consilina li _____

Firma _____