

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

Spett.le Comune di Oliveto Citra
Via Vittorio Emanuele II, n. 46
84020 Oliveto Citra (SA)
Pec: serviziociali.oliveto-citra@asmepec.it
Mail: serviziociali@comune.oliveto-citra.sa.it

La domanda di accesso al beneficio a valere sul Fondo di solidarietà alimentare può essere presentata solo da uno dei componenti del nucleo familiare.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ () il
____/____/_____, residente a _____ Via/Piazza _____, n. _____, recapito
telefonico _____ - Codice Fiscale _____, trovandosi in uno stato di
bisogno che, attualmente, gli preclude la possibilità di procurarsi ed 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, comma 3, dell'Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, per l'acquisto di alimenti e/o di beni 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 SÈ E PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

(barrare le voci che interessano):

che nessun componente del proprio nucleo familiare ha presentato domanda presso altro Comune italiano;

di essere residente nel Comune di Oliveto Citra;

per i cittadini stranieri non UE, di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità;

di trovarsi, attualmente, in gravi difficoltà socio - economiche;

che il proprio nucleo familiare, conformemente a quanto risultante dallo stato di famiglia, è composto da

n. _____ componenti di cui:

n. _____ ultrasessantacinquenni;

n. _____ minori di 18 anni (e tra questi n. _____ bambini fino a 6 anni);

n. _____ componenti con disabilità,

n. _____ componenti affetti da patologie croniche

che le entrate percepite nel mese di marzo 2020, complessivamente dall'intero nucleo familiare, provenienti da reddito autonomo, reddito dipendente, reddito da locazione è pari ad euro _____;

Che l'attuale disponibilità economica in riferimento ad entrate recenti e/o giacenza su c/c o altri strumenti di deposito immediatamente smobilizzabili non consentono l'approvvigionamento di generi alimentari o di prima necessità;

di non essere percettore di Reddito di cittadinanza;

oppure

di essere percettore di Reddito di cittadinanza per un importo di € _____;

che il proprio nucleo familiare, complessivamente, non percepisce redditi da pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno pubblico,

oppure

che il proprio nucleo familiare, complessivamente, percepisce redditi da pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno pubblico, nella misura mensile di € _____;

di non aver richiesto e di non essere destinatario di alcuna delle misure di sostegno economico previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto "Cura Italia") pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020;

oppure

di aver richiesto, in data ____/____/_____, l'accesso ad una delle misure di sostegno economico _____ (specificare quale) previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto "Cura Italia") pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020;

di aver perso il lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati da Governo e Regione Campania in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19.

Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto. I dati richiesti, 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 dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni inerenti i dati indicati

Si allega alla presente copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Di seguito il recapito per comunicazioni e consegna dei buoni spesa:

Piazza/ Via _____ Scala/Interno _____

Comune _____ CAP _____

Nome sul citofono _____

Altro recapito telefonico _____

Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza il Comune di Oliveto Citra 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).

Luogo e data

FIRMA

N.B.: Il Comune di Oliveto Citra 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.