

Spett.le Comune di CASTELNUOVO NIGRA
e-mail: protocollo@castelnuovo-nigra.it

(Da inviare via mail firmato e scansionato con scansione degli allegati indicati alla pag. 3 all'indirizzo : protocollo@castelnuovo-nigra.it oppure presentare personalmente all'Ufficio Protocollo del Comune di Castelnuovo Nigra

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE
AL FONDO DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE**

Nome _____ Cognome _____

Nato il _____ a _____ Provincia/Nazione _____

Codice Fiscale _____

Residente in CASTELNUOVO NIGRA via _____ n. _____

Telefono _____ e-mail _____

CHIEDO

La concessione del buono per l'acquisto di generi alimentari e prodotti di prima necessità

DICHIARO E AUTOCERTIFICO

(ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR n. 445/2000 sotto la mia personale responsabilità e a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per dichiarazioni false dall'art. 76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del codice penale e dalle leggi speciali in materia).

- Di essere anagraficamente residente nel Comune di CASTELNUOVO NIGRA all'indirizzo sopra indicato.
- Che ad oggi il mio nucleo familiare è composto da n. _____ persone residenti nel Comune di CASTELNUOVO NIGRA.
- Che nel suddetto nucleo familiare sono presenti n. _____ persone affette da disabilità certificata.
- Che il mio nucleo familiare si trova in condizioni di disagio economico e sociale a causa della situazione emergenziale in atto, provocata dalla diffusione di agenti virali trasmissibili (COVID-19) oppure in condizione di criticità, fragilità.
- Che la somma dei redditi netti, nel mese di giugno, del mio nucleo familiare come risulta da anagrafe comunale, è pari a € _____ e deriva da:

- Stipendio
- Lavoro autonomo
- Ammortizzatori sociali (cassa integrazione, disoccupazione ecc...)
- Pensione di lavoro
- Indennità di accompagnamento, assegno sociale
- RDC, RIA
- Altro (specificare altre eventuali entrate comprese altre eventuali forme di sostegno pubblico o privato):

- Di abitare in alloggio:

- di proprietà
- in affitto con canone mensile pari a € _____
- con mutuo dall'importo mensile di € _____
- in usufrutto
 - Che nessuno dei membri del nucleo familiare ha proprietà immobiliari, ad eccezione dell'eventuale casa di abitazione.
 - Che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta presso altro Comune del sostegno di cui alla presente domanda.
 - Altro da dichiarare _____

-
- Di essere a conoscenza che l'Amministrazione Comunale effettuerà dei controlli anche successivi a campione ai sensi del D. P. R. 28 dicembre 2000 n. 445.

MI IMPEGNO

Ad utilizzare i buoni spesa nominativi che mi verranno concessi in maniera consapevole, acquistando solo generi alimentari (esclusi alcolici e superalcolici), e beni di prima necessità per l'igiene personale e dell'alloggio presso l'esercizio commerciale sito in Castelnuovo Nigra – Alimentari “Da Giusy” Via Roma n. 11.

PRENDO ATTO

1. che il buono viene accettato dall' esercente convenzionato come corrispettivo della vendita di beni, ai prezzi di vendita esposti, senza erogazione del resto, ai sensi dell'art. 6-bis Dpr. 633/72;
2. che il buono non può essere utilizzato oltre il termine della scadenza evidenziato sul buono stesso;
3. che l' esercente accerterà l'identità del fruitore del buono spesa nominativo mediante esibizione di un documento di identità in corso di validità;
4. che l' amministrazione Comunale, a propria discrezione, potrà richiedere la documentazione di cui alle dichiarazioni sopra citate, provvedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente.

AUTORIZZO

Il Comune di CASTELNUOVO NIGRA al trattamento dei dati personali ai fini dell'istruttoria del presente procedimento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Documenti da allegare:

- Copia di un documento di identità in corso di validità;
- Copia del contratto di locazione (affitto) o mutuo;
- Eventuale verbale di invalidità;

Data

Firma del richiedente
