

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

Al Sindaco del
Comune di Castelnuovo Nigra

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 in Castelnuovo Nigra, Via/Piazza _____, n.
_____, recapito telefonico _____ - Codice Fiscale
_____, trovandosi in uno stato di bisogno che, al momento, gli preclude
la possibilità di procurarsi ed acquistare generi alimentari e di prima necessità per sostenere il pro-
prio nucleo familiare,

CHIEDE

di poter accedere al beneficio del "Buono Spesa" di cui all'art. 1, comma 3, dell'Ordinanza del Ca-
po della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, per l'acquisto di alimenti di prima necessità.

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole che le dichiarazio-
ni mendaci sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, secondo le di-
sposizioni richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00.

DICHIARA PER SE E PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE:

1. che i componenti del proprio nucleo familiare, oltre all/alla sottoscritto/a, sono i seguenti:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

(barrare le voci che interessano):

- di essere residente nel Comune di Castelnuovo Nigra;
- di essere percettore di Reddito di cittadinanza per un importo di € _____, _____ o di essere stato percettore di reddito di cittadinanza fino al _____;
- di trovarsi nella condizione di disoccupato a far data dal ____/____/____ e che prima di tale data era impiegato presso _____ con la mansione di _____;
- di non avere accesso ad alcuna forma di sostegno alimentare (es. Banco Alimentare, Caritas, ecc.);
- di non percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare pubblico;
- di percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare pubblico nella misura mensile di € _____, _____;
- di aver perso il lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati da Governo e Regione Piemonte in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19. A tal fine dichiara che era impiegato presso _____, con la mansione di _____ e che il rapporto si è interrotto in data ____/____/____;
- di non percepire redditi di fabbricati;
- di essere posto in "cassa integrazione" con la causale COVID19 a far data dal _____;
- 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;

- di aver richiesto/di fruire, a far data dal ___/___/_____, 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;
- 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;

Eventuali note:

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 motivo implicito di inclusione/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/La sottoscritto/a prende atto e dichiara di accettare, altresì, che, successivamente all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare, il Comune di Castelnuovo Nigra procederà alla messa a disposizione dell'importo riconosciuto soltanto una volta ricevuto l'accredito delle risorse necessarie da parte dello Stato.

Il/La sottoscritto/a prende atto e dichiara di accettare che i buoni potranno essere utilizzati presso il negozio di Alimentari "Da Giusy" sito in Castelnuovo Nigra, Via Roma n. 11 - entro e non oltre la data che verrà comunicata all'atto dell'assegnazione.

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

Castelnuovo Nigra, ___/___/2020

Firma

Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza il Comune di Castelnuovo Nigra 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).

Il Comune di Castelnuovo Nigra 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.