

**RICHIESTA DI BUONI SPESA PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_

Loc. \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Indirizzo email \_\_\_\_\_

Dati del datore di lavoro (*per lavoratori dipendenti*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Titolare dell'impresa \_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

P.IVA (*per lavoratori autonomi*) \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

Che il proprio nucleo familiare è composto da:

N	Nome	Cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Parentela
1					Dichiarante
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Presenza nel nucleo di minori

## CHIEDE

di partecipare all'assegnazione di buoni spesa per l'acquisto di generi alimentari o prodotti di prima necessità per sé stesso e per il proprio nucleo familiare, ai sensi dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione civile n. 658/2020

### DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA

- La propria condizione di disagio oggettivo e documentabile conseguente all'attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi: **(con riferimento a quanto indicato al punto 2 dell'Avviso pubblico per l'erogazione dei buoni spesa, descrivere le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate, che saranno valutate ai fini dell'attribuzione dei buoni spesa)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Che nessun componente del nucleo familiare percepisce alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale  
*o alternativamente*

- Di beneficiare o che i seguenti componenti del nucleo familiare beneficiano del seguente sussidio **(con riferimento a quanto indicato al punto 2 dell'Avviso pubblico per l'erogazione dei buoni spesa)**

.....  
.....  
.....  
che ammonta a (importo del sussidio) .....

- Di essere in carico al Servizio sociale regionale e che l'Assistente sociale di riferimento è .....

- La presenza nel nucleo familiare di persone con disabilità permanente *(indicare il numero)* .....

- Di essere in situazione di emergenza abitativa, con quota a carico del Comune di ..... euro mensili.

- Che la disponibilità finanziaria (saldo bancario/postale) di tutto il nucleo familiare, alla data di sottoscrizione della presente, non supera i 5.000,00 euro.

- di aver preso visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, disponibile sul sito web del Comune al quale è rivolta l'istanza.

**Allega copia di un valido documento di riconoscimento**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_