



COMUNE DI CANTIANO

Provincia di Pesaro e Urbino

Tel. 0721 789911 - Fax 0721 789106

Art. 2 Decreto Legge 23 novembre 2020 n. 154 (Decreto Ristori Ter)

RICHIESTA BUONI SPESA PER GENERI ALIMENTARI, PRODOTTI PER L'IGIENE, FARMACI E ARTICOLI SANITARI

All'Ufficio Anagrafe-Servizi Sociali
del Comune di Cantiano
gluchetti@comune.cantiano.pu.it

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a in _____ il _____

residente in Cantiano via/fraz. _____ n. _____

tel. _____ cell. _____

e-mail _____

INOLTRA RICHIESTA

affinché gli/le vengano assegnati i **BUONI SPESA** di cui all' art. 2 del D.L. 23 novembre 2020 n. 154 per l'acquisto di **generi alimentari (ad esclusione di superalcolici), prodotti per l'igiene, farmaci e articoli sanitari, presso gli esercizi commerciali di questo Comune.**

A tal fine dichiara:

▪ di far parte di un nucleo familiare composto da:

_____ stato occupazionale _____

_____ stato occupazionale _____

_____ stato occupazionale _____

_____ stato occupazionale _____

_____ stato occupazionale _____

che la propria condizione di disagio è conseguente all'attuale emergenza epidemiologica da covid-19, in quanto dichiara (*barrare e compilare la condizione corrispondente*):

di essere in cassa integrazione dal ____ / ____ / ____;

di aver dovuto sospendere/ridurre la propria attività a seguito dei DPCM che si sono succeduti:

Ragione sociale attività: _____

sita in _____

P.IVA/CF _____

- di essere disoccupato dal ____ / ____ / ____;
- DI BENEFICIARE del seguente sostegno pubblico (*indicare tipologia ad esempio Reddito di Cittadinanza, Reddito di Emergenza, naspi, ecc.*) _____
_____ per un importo di _____ €;
- che i componenti del nucleo familiare (*barrare la condizione corrispondente ed indicare il nominativo del/i componente/i familiare/i beneficiari*):
- NON PERCEPISCONO alcuna forma di sostegno pubblico compresa la seguente;
- percepiscono un reddito da pensione: Sig./Sig.ra _____
_____ per un importo mensile di € _____;
- percepiscono un reddito da lavoro autonomo/impresa: Sig./Sig.ra _____
_____ per un importo mensile di € _____;
- percepiscono un reddito da assegno sociale o pensione sociale: Sig./Sig.ra _____
_____ per un importo mensile di € _____;
- percepiscono un reddito o altre forma di sostegno sociale (*indicare tipologia ad esempio Reddito di Cittadinanza, Reddito di Emergenza, naspi, ecc.*) _____:
Sig./Sig.ra _____ per un importo mensile di € _____;
- che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta, in questo o altro Comune, del sostegno di cui alla presente domanda;
- DI NON AVERE altre fonti di disponibilità finanziaria per far fronte alle esigenze primarie della sua famiglia (ad es. deposito di conto corrente bancario o postale, altre forme di risparmio o somme a disposizione)
- altro da dichiarare: _____

Il/la sottoscritto/a, _____ consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P. R. 445/2000),

Il/la sottoscritto/a _____ ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo, ACCONSENTE al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata ivi inclusi quelli considerati come categorie particolari.

Cantiano, _____

Firma _____