



Al Signor SINDACO COMUNE
DI FICARRA

OGGETTO: MISURE URGENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE PER EFFETTO DELLE CONSEGUENZE DELL'EMERGENZA COVID -19

ISTANZA PER BUONI SPESA

La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____

il ___ / ___ / _____ residente nel Comune di Ficarra in Via _____ n.

telefono _____ codice fiscale _____;

ai sensi dell'Ordinanza n. 658 del C.D.M. emessa in data 29/03/2020, in relazione agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus COVID - 19 per soddisfare necessità urgenti ed essenziali

CHIEDE

la concessione di buoni spesa

A tal fine dichiara, a norma dell'art.47 del DPR 445 del 28/12/2000

che il proprio nucleo familiare risultante all'anagrafe è così composto:

N.	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita

- Che il nucleo familiare **NON È / È** beneficiario del Reddito di Cittadinanza (**segnare la dicitura che interessa**);
- Che il nucleo familiare **NON È / È** beneficiario di altro sostegno pubblico (**segnare la dicitura che interessa e nel caso positivo specificare _____**);
- che nessun altro componente il nucleo familiare ha presentato analoga istanza;
- che all'interno del proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ minori;

Motivazione della richiesta:

- Sono disoccupato;
- Ho perso il lavoro e non godo di ammortizzatori sociali;
- Reddito insufficiente;
- Ho dovuto chiudere temporaneamente l'attività commerciale;
- Altro (specificare) _____

Chiede, inoltre, che i buoni spesa concessi vengano recapitati al seguente indirizzo: Via _____ n. _____
- Recapito Telefonico _____

Allega alla presente richiesta:

- 1. copia Carta d'Identità.**

Il/La sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000, dichiaro/a che quanto sopra corrisponde a verità. Dichiaro/a altresì di essere a conoscenza che possono essere eseguiti controlli da parte dell'INPS e del Comune di Ficarra per verificare quanto dichiarato e in caso di dichiarazioni mendaci decadrà dal beneficio.

Data ___ / ___ / 2020

Firma _____

INFORMATIVA AI SENSI DELLA LEGGE N. 196/2003 Il/La sottoscritto/a dichiaro/a di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.Lgs n. 196 del 30/06/2003 che il trattamento dei dati personali è indispensabile ai fini dell'erogazione del beneficio richiesto e che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa ed in particolare che sarà prevista la comunicazione dei dati personali raccolti, relativi alla situazione patrimoniale e lavorativa, ad altre pubbliche amministrazioni o a privati, quanto ciò sia indispensabile per assicurare la richiesta di prestazione sociale e per i controlli previsti dalla normativa vigente, ed ai soggetti eventualmente incaricati del recupero crediti.

Data ___ / ___ / 2020

Firma _____