

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 E D.L. 23
NOVEMBRE 2020,N.154

Al Sindaco del
Comune di Arienzo

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

CHIEDE

di poter accedere al beneficio del "Buono Spesa" di cui all'art. 1, comma 3, dell'Ordinanza del Capo della
Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020 e d.l. 23 novembre 2020, per l'acquisto di alimenti di prima
necessità.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R.n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze
penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARA, PER SE E PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

(*barrare le voci che interessano*):

di essere residente nel Comune di Arienzo;

di essere percettore di sostegno pubblico Rdc,Rei, Naspi,indennità di mobilità, cassa integrazione
guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale e regionale

di non essere percettore di sostegno pubblico Rdc, Rei, Naspi,indennità di mobilità, cassa integrazione
guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale e regionale

che il proprio nucleo familiare è composto da n. ____ componenti, conformemente a quanto risultante
dallo stato di famiglia;

che l'ISEE in corso di validità è pari ad € _____;

che vi sono stati all'interno del nucleo familiare uno o più soggetti positivi al COVID 19-

.....

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 motivi di 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 Arienzo procederà alla messa a disposizione dell'importo riconosciuto soltanto una volta ricevuto l'accredito delle risorse necessarie da parte dello Stato.

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

Modello ISEE facoltativo

Arienzo, ___/___/2020

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

N.B.: Il Comune di Arienzo di 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.