

COMUNE DI CAMPOSANO

All. A

MISURE DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE E DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CHE VERSANO IN STATO DI BISOGNO

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
____/____/____ Codice fiscale: _____

residente in _____ alla Via/Piazza _____

n° _____ Tel. _____ e-mail _____ (TUTTI I

CAMPI SONO OBBLIGATORI)

CHIEDE

di poter accedere alla fruizione dei Buoni spesa per l'acquisto di generi alimentari e di prima necessità (alimenti, prodotti farmaceutici e parafarmaceutici, prodotti per l'igiene personale e domestica, dispositivi di protezione individuale presso gli esercizi commerciali che aderiscono all'iniziativa, resi noti tramite il sito istituzionale;

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n° 445 del 28 dicembre 2000, consapevole che tutte le dichiarazioni rese con la presente domanda sono riferite alla data di presentazione della domanda stessa, avendo preso sufficiente visione dell'avviso pubblico e accettandone incondizionatamente condizioni e prescrizioni ivi contemplate, con particolare riferimento alle modalità operative e di assegnazione dei buoni spesa, nonché all'utilizzo dello stesso

DICHIARA

- di aver preso visione dei contenuti dell'avviso pubblico per l'erogazione dei buoni spesa e di accettarne integralmente le condizioni;
- di essere residente nel Comune di Camposano alla data di pubblicazione dell'Avviso, in immobile **(BARRARE LA CASELLA)**;
- di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità, se cittadino straniero non appartenente all'Unione Europea;
- che nessun altro componente del nucleo familiare ha in corso istanza di ammissione ai buoni spesa presso questo Comune;
- di essere beneficiario di sostegno pubblico (Reddito di cittadinanza, cassa integrazione, bonus INPS);
- di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità pari ad euro _____;
- che il proprio nucleo familiare è così composto:

nr. __ componenti, di cui N. __ minori e N. ____ disabili (L. 104/92), come di seguito indicati:

N.	COGNOME e NOME	NASCITA		Rapporto con il/la dichiarante
		LUOGO	DATA	
1				
2				

3				
4				
5				
6				
7				

- di essere consapevole che l'erogazione dei buoni spesa avverrà tramite buoni cartacei consegnati direttamente dall'Ufficio Servizi Sociali;

DICHIARA INOLTRE

Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto.

TRATTAMENTO DEI DATI: Ai fini del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di privacy (RGPD 2016/679), si rende noto che, tutti i dati personali comunicati dai richiedenti, saranno trattati in modalità cartacea e/o informatica nel rispetto di quanto previsto dalle vigenti disposizioni normative e regolamentari in materia. I dati saranno utilizzati esclusivamente per le finalità di cui alla presente richiesta.

Luogo e data : _____, ____/____/____

Allegati obbligatori (pena l'esclusione dal beneficio):

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità;
- Attestazione ISEE in corso di validità;
- Altra documentazione;

Il/La Richiedente
