Comune di SPINAZZOLA

Provincia di Barletta Andria Trani

CITTA' DI PAPA INNOCENZO XII

Servizio Affari Generali

Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: Richiesta per la concessione del "buono spesa" di cui all'Ordinanza del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29 marzo 2020.

Al Comune di Spinazzola

Il/la sottoscritto/a_____nat___ a _____(_____)

il_____ C.F._____ residente a _____in

Via _____ tel/cell. _____ email_____

stato civile : □ coniugato □separato/divorziato

□vedovo/a □celibe/nubile

CHIEDE

che gli vengano riconosciuti "buoni spesa alimentari" per l'acquisto di generi alimentari o di prima necessità spendibili presso gli esercizi commerciali convenzionati di cui all'elenco pubblicato sul sito istituzionale del Comune di Spinazzola.

Dichiarazione ai sensi del D.P.R. 445/2000

Il/la sottoscritto/a consapevole delle responsabilità penali ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- che i dati riportati sulla presente istanza corrispondono al vero;
- di essere a conoscenza che il Comune di Spinazzola ha facoltà di controlli su quanto dichiarato ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. 445/2000;
- che il proprio nucleo familiare è composto così come riportato nella seguente tabella:

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

Includere il richiedente e tutti i componenti conviventi del nucleo familiare

Nome e cognome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela	Situazione occupazionale

- ai fini della valutazione tecnico/sociale finalizzata all'accesso al "buono spesa alimentare" di cui all'Ordinanza del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29 marzo 2020 e con riferimento all'intero nucleo familiare:

□ di non percepire altre forme di reddito e/o sostegni di natura pubblica;

□ di non possedere mezzi autonomi di sostentamento;

□ di percepire altre forme di reddito e/o sostegni di natura pubblica (barrare una o più delle seguenti caselle)

□ Reddito di Cittadinanza □ RED (regionale) □ rendite INAIL

□ pensione di invalidità civile □ assegno di accompagnamento

□ altro (specificare) _____

A tal proposito, precisa che gli importi mensili percepiti vanno:

□ da € 0 a € 200,00 □ da € 201.00 a € 400,00 □ da € 401,00 a € 500,00

□ oltre 500,00 €

- a seguito dell'emergenza da COVID-19 si è verificata una delle seguenti condizioni di disagio socio-economico:

□ perdita di lavoro dell'unico produttore di reddito all'interno del nucleo familiare (indicare decorrenza ___/___/_____);

□ perdita di lavoro di un componente del nucleo familiare (indicare decorrenza ___/___/_____);

□ sospensione temporanea della attività lavorativa (commercio - artigianato imprenditoria ecc.);

□ impossibilità di svolgere lavori occasionali/precari;

□ altro_____.

Luogo, data _____ Firma_____

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a_____ nato a _____(___)

il _____e residente a _____in Via _____n._____

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 e del D.Lgs. 196/203 e s.m.i.

□ si □no

Luogo e data_____ Firma_____

SEZIONE RISERVATA ALL'UFFICIO

□ AMMESSA □ NON AMMESSA

IMPORTO BUONI SPESA

□ € 200,00 □ € 250,00 □ € 300,00

□ € 350,00 □ € 450,00 □ € 500,00