# Al Signor SINDACO COMUNE DI SCIACCA

# buonispesacovid@gmail.com

# numero whatsapp: 3480718758

***OGGETTO:* MISURE URGENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE A SEGUITO DELL’EMERGENZA COVID – 19**

# ISTANZA PER BUONI SPESA

*La/il sottoscritta/o nata/o a*

*il / / residente nel Comune di Sciacca 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**

* di essere residente nel comune di SCIACCA
* 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*  **)**
* di possedere / non possedere una giacenza bancaria e/o postale alla data del 31/03/2020 superiore ad euro 10.000,00
* che nessun altro componente il nucleo familiare ha presentato istanza per il buono spesa;
* che all’interno del proprio nucleo familiare sono presenti n. minori di età \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e n. \_\_\_disabile e n.\_\_\_ anziano non autosufficiente;

**Motivazione della richiesta :**

Sono disoccupato:

Ho perso il lavoro e non godo di ammortizzatori sociali;

Ho dovuto chiudere temporaneamente l’attività produttiva;

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.***
2. ***copia Tessera Sanitaria (codice fiscale)***

*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 Sciacca 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