

ALLEGATO 1  
DOMANDA PER L'EROGAZIONE BUONI SPESA

La/il sottoscritta/o .....  
nata/o a ..... il .....  
residente a ..... in via .....nr .../..... Int. ....  
numero di telefono.....,  
codice fiscale.....  
identificata/o a mezzo di (estremi del documento di identità) .....,  
n.....rilasciata.....da.....

richiede l'erogazione, ai sensi dell'Ordinanza 658 della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29.03.2020 di buoni spesa per l'acquisto di generi alimentari e beni di prima necessità, esclusivamente presso gli esercizi convenzionati.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

D I C H I A R A

1) che la famiglia convivente alla data odierna è composta come risulta dal seguente prospetto;

Cognome e nome	posizione in fam.	età	professione	Altre informazioni

Dichiara che la situazione attuale del proprio nucleo familiare è la seguente:

Il normale sostentamento del Nucleo familiare sopra indicato è assicurato da (\*):

*(\*)(specificare redditi da attività, pensioni sociali e non, e qualsiasi altro reddito dei vari componenti.*

Che lo stesso Nucleo familiare ha un danno economico contingente derivante dall'emergenza epidemiologica da virus COVID-19 in quanto:(\*\*)

*(\*\*)(specificare il motivo della mancanza di sostentamento es. interruzione attività lavorativa a causa dell'emergenza covid-19, assenza di reddito negli ultimi due mesi a causa dell'emergenza covid-19)*

(Barrare la voce che interessa)

- Di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo familiare
- Di ricevere i seguenti contributi pubblici: *(specificare: es. Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)*

.....

.....

.....

Dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

Luogo/data

La/Il dichiarante

\_\_\_\_\_