

**DOMANDA PER L'EROGAZIONE DI "BUONI SPESA"  
GENERI ALIMENTARI E BENI DI PRIMA NECESSITA'**

( D. L. 23 Novembre 2020 n. 154 "Ristori Ter", Deliberazione di Giunta Comunale N. 131 del 07/12/2020)

Il/a Sottoscritto/a ..... intestatario della scheda anagrafica,

Nato a ..... Prov :(...), il .....

residente a Valguarnera Caropepe in Via ..... n. ....

CodiceFiscale:..... Tel.fisso.....

Cellulare ..... e mail .....

Documento di riconoscimento .....rilasciato da .....in data.....

chiede l'erogazione di buoni spesa.

**Consapevole delle conseguenze amministrative e penali previste dagli art.75 e 76 del D.P.R. n. 455/2000, in caso di false dichiarazioni, ivi compresa la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;**

**D I C H I A R A**

(che il proprio nucleo familiare, alla data del \_\_\_\_\_, è composto come di seguito elencato:

	Cognome e Nome	Relazione di parentela	Età	Professione	minore	disabile
1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

o che è la situazione reddituale di tutti i componenti del nucleo familiare è la seguente:

tipologia di entrata	percepito	ammontare mensile	data ultima erogazione
Stipendio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	€ _____	
Pensione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	€ _____	

Cassa Integrazione	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	€ _____	
Naspi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	€ _____	
Reddito di Cittadinanza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	€ _____	
Altre forme di sostegno pubblico, nazionale, regionale o comunale (specificare) _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	€ _____	
Altre entrate (specificare) _____	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	€ _____	

○ **non essere in possesso di patrimonio mobiliare pari o superiori a € 15.000,00 (quindicimilaeuro/00);**

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali, ai sensi del D.lgs 196/2003.

Si allega alla presente copia del documento di riconoscimento in corso di validità della tessera sanitaria.

Valguarnera Caropepe, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

firma

**N.B. La mancata compilazione di una o più parti o la mancanza degli allegati, potrebbe essere motivo di esclusione.**

**Il Comune condurrà verifiche a campione sulla veridicità delle istanze ricevute. Eventuali false dichiarazioni, oltre rispondere del reato di falso alle autorità competenti, faranno perdere al nucleo familiare destinatario ogni diritto in relazione al presente Avviso con obbligo di restituzione delle somme percepite e comunicazione all'Autorità Giudiziaria**