

COMUNE DI

Piazza Libert , 26 – Tel.0131 80141
C.F. e PIVA: 00451230064
e-mail info@comune.volpedo.al.it



VOLPEDO

PROVINCIA di ALESSANDRIA
Fax 0131 806577

www.comune.volpedo.al.it

DOMANDA DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE - COVID 19

La/il sottoscritta/o
nata/o a il
residente a VOLPEDO (AL) in vianr / Int.
codice fiscale.....
recapito telefonico,
identificata/o a mezzo di (estremi del documento di identit ),
n..... rilasciata il da.....

richiede l'erogazione, ai sensi D.L. n. 73/2021, c.d. decreto Sostegni-bis, di buoni spesa per generi alimentari e beni di prima necessit .

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

DICHIARA

1) che la famiglia convivente (alla data...../...../.....)   composta come risulta dal seguente prospetto;

Cognome e nome	M/F	Posizione in fam.	Et�	Stato civile	Professione	Gi� seguito dal CISA	Altre informazioni

- o Di aver interrotto la seguente attivit  lavorativa _____ a causa COVID - 19 dal _____
- o Di essere allo stato attuale privo di occupazione lavorativa

- Che i seguenti membri della famiglia sono privi di occupazione lavorativa _____
- Che il saldo del conto corrente bancario postale è pari a € _____
- Di essere proprietario dell'immobile in cui si vive
- Di pagare l'affitto in cui si vive (come da allegato CONTRATTO DI AFFITTO)
- Di pagare l'affitto locale attività autonoma (come da allegato CONTRATTO DI AFFITTO)
- Che nel proprio nucleo sono presenti soggetti con allergie/patologie alimentari certificate dagli organi competenti (es. celiaci, diabetici, ecc..)
- Di essere a conoscenza del fatto che verrà data priorità ai beneficiari non assegnatari di sostegno pubblico
- Di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo familiare
- Di ricevere i seguenti contributi pubblici: (*specifica | es. Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale*)

.....

Luogo/data



La/Il dichiarante

(NOTA BENE ALLEGARE COPIA DEL PROPRIO DOCUMENTO DI IDENTITA' PERSONALE)

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver preso atto che i dati personali, verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 196/2003 - CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI e con la presente ne autorizza l'utilizzo.

Si precisa che le dichiarazioni sostitutive di certificazione dei requisiti, rilasciate dai richiedenti ai sensi del DPR 445/2000, potranno essere oggetto di controllo e verifiche con la collaborazione degli organi competenti.

Data _____



Firmato
