Alla cortese attenzione dei
Servizi Sociali
Comune di Poggiofiorito

OGGETTO: ASSEGNAZIONE DI BONUS SPESA IN FAVORE DI PERSONE O FAMIGLIE IN CONDIZIONE DI DISAGIO ECONOMICO E SOCIALE CAUSATO DALL'ATTUALE SITUAZIONE EMERGENZIALE, PROVOCATA DAL LA DIFFUSIONE DI AGENTI VIRALI TRASMISSIBILI (COVID -19)

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/La sottoscritto/a (nome) ..... (cognome) .....

codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Residente a POGGIOFIORITO in

via ..... n. ……

Luogo di nascita ..... Data di nascita |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

e-mail ..... cell. ….....

altro recapito telefonico …… - ……., richiede di poter essere ammesso a valutazione per l'erogazione di buoni spesa per le famiglie in difficoltà come da avviso pubblico del Comune di Poggiofiorito, del **30/11/2020.**

e CONSAPEVOLE delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, in caso di false dichiarazioni e di formazione o uso di atti falsi:

Documento di riconoscimento (tipologia) …….....

nr. ……. rilasciato da …….. in data |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|,

scadenza |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

CHIEDE

1. che la propria famiglia, residente a Poggiofiorito, è composta anagraficamente dalle seguenti persone:

Cognome	Nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela

2. che il nucleo familiare, con riferimento alla prima erogazione di **buoni spesa covid -19** (da precedente avviso pubblico del Comune di Poggiofiorito:

- ☐ ha già percepito buoni spesa covid;

- ☐ non ha percepito buoni spesa covid;

3. che il nucleo familiare relativamente alle **misure di** al reddito a carattere pubblico: sovvenzioni, contributi, Reddito di Cittadinanza, REM, cassa integrazione, assegno di disoccupazione, assegno d'invalidità, assegni di mantenimento, etc.;

☐ percepisce : specificare tipologia e importo: .....

☐ non percepisce

4. che il nucleo familiare sostiene il pagamento del **canone di locazione** nella misura mensile di €.....

5. di essere in situazione di temporanea difficoltà a seguito dell'emergenza COVID 19 per i seguenti motivi:_____

6. che nel proprio nucleo familiare sono presenti n°..... **minori**, n° ..... componenti con **invalidità** ……....%, e sono presenti n° ..... componenti **ultrasettantacinquenni**.

Sono a conoscenza, che il Comune, potrà verificare la veridicità delle dichiarazioni rese in sede di istanza provvedendo al recupero delle somme erogate ed alla denuncia all'Autorità Giudiziaria ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di false dichiarazioni.

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi dell'**art. 13 Regolamento UE 2016/679 Informativa ai sensi (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)**, il Comune di Poggiofiorito per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale esse vengono comunicate.

Poggiofiorito .....

Firma

……

Si allega Fotocopia documento di identità

LA DOMANDA SI PUÒ INOLTRARE:

- ✓ per mail all'indirizzo protocollo@comune.poggiofiorito.ch.it;
- ✓ per PEC all'indirizzo info@pec.comune.poggiofiorito.ch.it
- ✓ all'Ufficio di protocollo del Comune di Poggiofiorito sito in Piazza della Vittoria, 1, nei seguenti orari: dalle ore 9.00 alle ore 12.00 dal lunedì al venerdì e anche dalle ore 15.30 alle ore 17.30 del martedì e giovedì;

Il modello è reperibile presso il Comune di Poggiofiorito, o scaricabile dal link: http://www.comune.poggiofiorito.ch.it

Per ogni necessaria informazione si potranno contattare i seguenti numeri telefonici: Tel. 0871.930125