



CITTÀ DI GROTTAGLIE

Emergenza COVID -19 | Richiesta buono spesa

Il/La sottoscritto/a

Cognome Nome

Nato/a Prov. il / /

Residente a Prov.

Indirizzo CAP

Tel. Cel.

Email

Cod. Fisc.

CHIEDE

di ricevere in consegna Buoni Spesa per l'acquisto di generi alimentari di prima necessità e prodotti per l'igiene personale, per l'igiene della casa e farmaci previsti dall'ordinanza del Capo di Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020.

A tal fine, e ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. 445/2000 e s.m.i., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

Che il sottoscritto verte in uno stato di necessità/difficoltà (specificare motivazioni);

Che non percepisce redditi dal 01/03/2020;

ovvero

Che percepisce redditi dal 01/03/2020 pari a € ;



CITTÀ DI GROTTAGLIE

Emergenza COVID -19 | Richiesta buono spesa

Che il sottoscritto ed i propri familiari conviventi hanno, allo stato attuale, una disponibilità finanziaria di immediata liquidità e/o liquidabilità inferiore ad € 3.000,00 (tremila,00);
[es.: libretti di deposito bancari/postali, conto corrente bancario/postale, altri investimenti svincolabili, ecc.]

Che il proprio nucleo familiare (come da stato di famiglia) è composto da n. persone (incluso il dichiarante);

Che il reddito netto (o altre entrate a qualsiasi tipo percepite) dell'intero nucleo familiare relativo all'anno 2019 corrisponde ad € ; [allegare ISEE ove in possesso]

Che alla data di presentazione della domanda non percepisce alcuna misura di contrasto alla povertà;
ovvero (qualora ricorra il caso)

Che alla data di presentazione della domanda percepisce le seguenti misure di contrasto alla povertà:

REDDITO DI CITTADINANZA (di cui alla D.L. 4 del 28/01/2019 convertita con L. n. 26 del 28/03/2019)

Importo percepito €

REDDITO DI DIGNITÀ (nelle sue versioni di cui alla L.R. 3 del 14/03/2016 e ss.mm. e regolamenti)

Importo percepito €

AMMORTIZZATORI SOCIALI (CIG, NASpl, ASDI, DIS-COLL)

Tipologia Importo percepito €

ALTRI CONTRIBUTI PUBBLICI

Tipologia Importo percepito €

Che necessita di acquistare presso farmacia nelle due settimane di validità del buono farmaci per un importo di € .

Data / /

Firma leggibile

Informativa sulla Privacy

(la mancata sottoscrizione dell'informativa non consentirà la lavorazione della domanda)

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla Privacy (D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/678), 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 autorizzo al trattamento anche operatori di cui l'Amministrazione si avvarrà per le finalità della presente richiesta.

Data / /

Firma leggibile