

Il sottoscritto _____, nat _ a _____ il _____
C.F. _____, residente in _____,
Comune di _____, prov. (_____), telefono _____

Vista l'Ordinanza della Protezione Civile n.658 del 29 marzo 2020, con la quale sono assegnati ai Comuni italiani fondi specifici per l'acquisizione di **“buoni spesa utilizzabili per acquisto di generi alimentari” o direttamente “generi alimentari o prodotti di prima necessità”** da destinare alle famiglie che a causa dell'emergenza Covid – 19 versano in gravi difficoltà economiche;

Rilevato che, i Comuni con la succitata ordinanza sono autorizzati all'acquisizione, in deroga al D.Lgs.vo 15 aprile 2016 n. 50, di quanto sopra

C H I E D E

Di poter usufruire di **“buoni spesa utilizzabili per acquisto di generi alimentari” o direttamente “generi alimentari o prodotti di prima necessità”**.

A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali, per le falsi dichiarazioni, da falsità negli atti o l'uso di atti falsi,

D I C H I A R A

Di essere residente nel Comune di Albi, ovvero, nel caso di cittadini extraeuropei, di essere in possesso di regolare permesso di soggiorno;

Di essere in possesso di attestazione ISEE che si allega alla presente (facoltativo se in possesso);

Di non essere assegnatario di forme di sostegno pubblico (RdC, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste dal decreto “Cura Italia” o a livello regionale o locale). *Si rileva che ciò non esclude che le risorse possano essere attribuite anche a percettori di sostegno pubblico al reddito, purché nell'assegnazione si dia priorità a chi tale sostegno non lo riceve. A tal proposito si invitano i richiedenti a specificare le forme di sostegno pubblico al reddito percepite e il relativo importo* _____ ;

Che nessuno dei componenti il proprio nucleo familiare ha presentato istanza per ottenere il medesimo beneficio;

Che nessuno dei componenti il proprio nucleo familiare percepisce altre forme di sostegno pubblico al reddito;

Di versare nelle condizioni di disagio causa emergenza COVID – 19 in quanto: *(es. attività chiusa a seguito del dpcm, professionista o lavoratore autonomo impossibilitato a produrre reddito, ecc)*

Si allega copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo;

Firma del Richiedente _____

INFORMATIVA PRIVACY.

Informato, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art.84 del citato Regolamento UE 2016/679, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi, il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento, per motivi legittimi, rivolgendosi al titolare e responsabile del trattamento dei dati presso il Distretto Sanitario competente.

DICHIARAZIONE DEL CONSENSO: Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, presto il consenso al trattamento dei dati personali.

N.B. la presente DICHIARAZIONE è soggetta ai controlli di legge da parte delle Autorità preposte :
FORZE DELL'ORDINE / POLIZIA MUNICIPALE / GUARDIA DI FINANZA.

Luogo e data _____

Firma del Richiedente
