

**RICHIESTA DI BUONI SPESA PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

Al Comune di Rhêmes-Notre-Dame

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a _____ (_____) il _____
C.F. _____

residente nel Comune di Rhêmes-Notre-Dame
loc. _____ n. _____ C.A.P. _____
recapito telefonico _____
indirizzo email _____

Dati del datore di lavoro (*per lavoratori dipendenti*):

P.IVA (*per lavoratori autonomi*) _____

consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare è composto da:

Cognome _____ Nome _____
Data e luogo di nascita _____
Codice Fiscale _____

Cognome _____ Nome _____
Data e luogo di nascita _____
Codice Fiscale _____

Cognome _____ Nome _____
Data e luogo di nascita _____
Codice Fiscale _____

Cognome _____ Nome _____
Data e luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____

CHIEDE

di partecipare alla assegnazione buoni spesa per l'acquisto di generi alimentari per sé stesso e per il proprio nucleo familiare, ai sensi dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione civile n. 658/2020

DICHIARA E AUTOCERTIFICA PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA

- La condizione di disagio conseguente all'attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi: **(con riferimento a quanto indicato al punto 2 dell'Avviso pubblico per l'erogazione dei buoni spesa, descrivere le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate, che saranno valutate ai fini dell'attribuzione dei buoni spesa)**

.....
.....
.....
.....
.....

- che nessun componente del nucleo familiare percepisce alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale
o alternativamente

- di beneficiare o che i seguenti componenti del nucleo familiare beneficiano del seguente sussidio **(con riferimento a quanto indicato al punto 2, lettere e) e f) dell'Avviso pubblico per l'erogazione dei buoni spesa)**

.....
.....
.....

che ammonta a (importo del sussidio)

- di essere in carico al Servizio sociale regionale e che l'Assistente sociale di riferimento è

- la presenza nel nucleo familiare di persone con disabilità *(indicare il numero)*

- di essere in situazione di emergenza abitativa, con quota a carico del Comune di euro mensili.

- che il nucleo familiare dispone, alla data odierna, di depositi bancari/postali ammontanti complessivamente a €. _____, che non consentono di effettuare la spesa alimentare occorrente al proprio nucleo familiare.

di non essere proprietario/comproprietario della casa in cui abita,

di essere proprietario/comproprietario della casa in cui abita,

di non avere/avere altre proprietà immobiliari (nel caso specificare quali):

.....
.....
.....

- di aver preso visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, disponibile sul sito web del Comune al quale è rivolta l'istanza.

Allega copia di un valido documento di riconoscimento

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____