**Al Comune di Galatro**

**Via Vittorio Veneto**

**89054 Galatro (RC)**

**DOMANDA PER L’ACCESSO AL BANDO DI ASSEGNAZIONE DI “BUONI DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARE ” A FAVORE DI NUCLEI FAMILIARI IN CONDIZIONI DI DISAGIO ECONOMICO**

Il sottoscritto/la sottoscritta

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** |
| **Nato il** | **Nato a** |
| **Codice fiscale:** | **Cittadinanza** |
| **Residente nel Comune di Galatro** | **Via** |
| **Tel. Cell.** | **Email** |

**CHIEDE**

di partecipare al bando per l’assegnazione di Buoni di solidarietà alimentare e a tal fine consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 perle false attestazioni e per le dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_ persone di seguito indicati:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| n° | **Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale** | **Data e luogo di nascita** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |

**SITUAZIONE DI DISAGIO ECONOMICO**

* Di essere disoccupato/inoccupato da prima del 25.02.2020 e che nel proprio nucleo familiare nessun componente gode di misure di sostegno pubblico;
* Di svolger lavoro intermittente e che nel proprio nucleo familiare nessun componente gode di misure di sostegno pubblico;
* Di aver perso il lavoro in conseguenza dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 e che nel proprio nucleo familiare nessun componente gode di misure di sostegno pubblico; ;
* Di aver sospeso o chiuso l’attività , di non avere liquidità per il proprio sostentamento e di non essere destinatario di ulteriori misure di sostegno per il contrasto all'emergenza Covid-19 ( bonus 600,00 euro INPS, etc.);
* Di essere direttamente beneficiario o di avere all'interno del proprio nucleo familiare componenti destinatari di misure di sostegno pubblico di importo inferiore ad € 550,00 netti mensili ( Reddito di cittadinanza, Cassa integrazione, Rei, Naspi). Indicare nome del/i componente;
* Di essere pensionato o titolare di trattamenti previdenziali di importo mensile netto non superiore ad € 550,00.

**COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE ( selezionare eventualmente una delle situazioni indicate)**

* che il proprio familiare indicato al punto n. \_\_\_\_\_ è disabile ;
* che il proprio familiare indicato al punto n. \_\_\_\_\_ è internato o detenuto ;
* che il proprio familiare indicato al punto n. \_\_\_\_\_ è già in carico ai servizi sociali dell’Ente.
* di vivere da solo

**ASSENZA DI CAUSE D’ESCLUSIONE**

* Che nessun componente del nucleo familiare incorre nelle cause di esclusione previste dall’Avviso Pubblico e, pertanto, di non rientrare nella platea dei destinatari di ulteriori misure di sostegno per il contrasto all'emergenza Covid-19 ( bonus 600,00 euro INPS, etc.).

Il sottoscritto si impegna, in caso di assegnazione di buoni spesa, ad utilizzarli ESCLUSIVAMENTE per l’acquisto di GENERI ALIMENTARI, con divieto di acquisto dei beni indicati nell’allegato 1 del bando e dichiara di essere consapevole che il trattamento dei propri dati viene svolto dal Comune di GALATRO per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

L’Amministrazione si riserva la facoltà di procedere ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive. Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, il dichiarante decade dai benefici conseguenti, fermo restando quanto previsto dall’art. 76 del D.P.R. 28.12.2000, N. 445. Art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445 – Sanzioni Penali Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L’esibizione di un atto contenente dati non rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegati: fotocopia documento d’identità firma del dichiarante