

Al Comune di Monte Cavallo  
Via Roma, n. 19  
62036 Monte Cavallo MC

invio all'indirizzo mail:  
info@comune.montecavallo.mc.it

**BUONI SPESA PER "SOLIDARIETA' ALIMENTARE"**  
**(ORDINANZA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29 MARZO 2020)**

(DELIBERAZIONE DI GIUNTA COMUNALE N. 12 DEL 06.04.2020,  
DETERMINAZIONE N. 42 DEL 06.04.2020)

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via/p.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

tel./cell (*campo obbligatorio*) \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail (*campo obbligatorio*) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter usufruire del buono spesa previsto dall'ordinanza del Dipartimento della Protezione civile n 658 del 29.03.2020 per far fronte alle esigenze alimentari del proprio nucleo familiare, composto nel modo seguente:

	Cognome e Nome	Data di Nascita	Rapporto di parentela
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

A tale fine, consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi; ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

## DICHIARA

(crocettare, ove previsto, a pena di esclusione, la casella di interesse )

1. di richiedere il beneficio in oggetto, in quanto a seguito dell’Emergenza Covid-19 si trova in condizione di temporanea difficoltà ovvero in una delle seguenti situazioni:

chiusura o sospensione dell’attività lavorativa, propria o svolta in qualità di dipendente

*oppure*

~~non~~ <sup>Italia</sup> aver ancora ottenuto gli ammortizzatori sociali o le altre misure previste dal D.L. 77/2020 “Cura

*oppure*

non aver la possibilità di accedere a forme di ammortizzatori sociali

2. che la situazione lavorativa attuale propria e dei componenti il proprio nucleo familiare è la seguente:

	Cognome e Nome	Posizione lavorativa/Pensione/ Percettore di altri trattamenti	Importo mensile
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

3. che il sottoscritto/la sottoscritta e i componenti il proprio nucleo familiare non hanno giacenze in banca o altre forme di investimento liquido di importo superiore ad € 6.000,00 con le quali fare fronte a questo momento di emergenza;

4. che il sottoscritto e i propri componenti il nucleo familiare *(crocettare la casella di interesse)*:

non risultano assegnatari di altro sostegno pubblico (ad esempio reddito di cittadinanza, RdC, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni ordinaria e in deroga, contributo autonomia sistemazione)

*oppure*

risultano assegnatari dei seguenti sostegni pubblici:

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

5. di essere consapevole che il trattamento dei dati personali avverrà ai sensi dell'art 13 del Regolamento europeo n. 679/2016 (GDPR);

6. di essere consapevole che qualora dai controlli effettuati dall'Ente emerga una non corrispondenza tra quanto dichiarato ovvero la non sussistenza delle condizioni in base alle quali è stato concesso il buono spesa, il contributo sarà revocato d'ufficio e il beneficiario dovrà restituire l'importo ricevuto al Comune di Monte Cavallo;

7. di impegnarmi alla conservazione dei documenti comprovanti l'acquisto dei beni alimentari di prima necessità per eventuali controlli da parte del Comune e di essere consapevole che qualora l'utilizzo del buono avverrà in modo difforme da quello per cui si è richiesto il contributo verrà disposta la revoca del contributo e il beneficiario dovrà restituire l'importo ricevuto al Comune di Monte Cavallo;

8. di essere consapevole che il buono spesa non è monetizzabile né cedibile a terzi né frazionabile;

9. di essere consapevole che l'accoglimento della presente istanza è subordinato all'esame della stessa da parte del Servizio Sociale Comunale che ne potrà valutare anche il rigetto motivato.

Chi, pur in assenza dei requisiti sopra esposti, ritiene di necessitare della misura di solidarietà alimentare, può richiedere un valutazione da parte dei Servizi Sociali comunali relativamente alla propria particolare situazione, SOLO IN QUESTA IPOTESI, barrare qui:

chiedo la valutazione dei Servizi Sociali comunali e a tal fine comunico che il recapito telefonico per il colloquio individuale a distanza è il seguente:

.....

Luogo e Data .....

IL/LA DICHIARANTE

.....

*(firma leggibile)*

Ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 del 28 dicembre 2000, la presente dichiarazione e' sottoscritta e inviata all'ufficio competente unitamente alla fotocopia non autenticata di un documento di identità del dichiarante.

Dichiaro altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo sulla Protezione dei Dati – GDPR n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, che i dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito di questo procedimento per le finalità strettamente connesse alle funzioni istituzionali dell'Ente, per consentire un'efficace gestione dei procedimenti relativi all'espletamento delle suddette funzioni e nel rispetto dei limiti stabiliti dalle Leggi e dai Regolamenti e che i dati dichiarati verranno trattati in modo tale da contemplare le esigenze di tutela degli stessi con le esigenze di efficienza organizzativa degli uffici e di trasparenza dell'azione amministrativa.

Informativa ai fini del trattamento dati:

Titolare del Trattamento: Comune Monte Cavallo

Finalità: gestione del procedimento relativo al rilascio del buono spesa previsto dal DPCM 28/03/2020, ordinanza n. 658

Base giuridica: il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. Combinato disposto artt. 6.1.e. del Reg. Ue 679/2016 e parere Garante Privacy 21-9- 2005 doc. web 1174532.

Dati trattati: anagrafici e dati idonei alla rilevazione della condizione di necessità del servizio richiesto

I dati non vengono inviati a terzi e vengono trattati esclusivamente dal personale incaricato. I soli dati anagrafici potranno essere comunicati agli esercenti commerciali individuati.

Data:

Firma