**SCHEMA DI**

**Domanda per “buoni spesa” o “assistenza alimentare”**

**ai sensi del Decreto Legge 23 novembre 2020 n. 154 e della Delibera di Giunta regionale n. 946 del 01/12/2020**

Al Comune di Castel Sant’Angelo

Via Nazionale I n. 70

02010 Castel Sant’Angelo (RI)

Indirizzo e-mail: [comune@comune.castelsantangelo.ri.it](mailto:comune@comune.castelsantangelo.ri.it)

PEC: [comune.castelsantangelo.ri@legalmail.it](mailto:comune.castelsantangelo.ri@legalmail.it)

Il sottoscritto:

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- di partecipare, per sé e per il proprio nucleo familiare, alla assegnazione dei “buoni spesa” ai sensi dell’art. 2 del D.L. n. 154 del 23/11/2020 e della deliberazione della Regione Lazio n. 946 del 01/12/2020, per l’acquisto di generi di prima necessità, prodotti per l’igiene personale e della casa, nonché dei medicinali in favore di persone e/o nuclei familiari in situazione di contingente indigenza economica derivante dalla emergenza epidemiologica in atto;

**DICHIARA**

**sotto la propria responsabilità e consapevolezza delle sanzioni penali e civili in caso di dichiarazioni mendaci e in caso di falsità in atti come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm. e ii. :**

* che la propria famiglia (come risulta dallo stato anagrafico del Comune di residenza), è così composta:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome e Cognome** | **Luogo e data di nascita** | **Grado di parentela** | **Contatto** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* che la propria condizione di bisogno è conseguente alla attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi:
* Nucleo familiare residente che ha subito una perdita di entrate reddituali in conseguenza della cessazione obbligatoria dell’attività produttiva di ogni genere in base ai DPCM ed alle altre disposizioni contro il coronavirus (specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;)

* Nucleo familiare residente che ha subito una perdita di entrate anche di uno solo dei componenti in conseguenza dell’emergenza epidemiologica da virus Covid-19 (specificare:

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;)

* che il proprio nucleo familiare ha le seguenti caratteristiche e priorità:
* Nucleo familiare già in carico ai servizi sociali;
* Nucleo monoparentale con figli a carico (n. figli a carico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);
* Nucleo familiare mono reddito;
* Presenza di minori (n. minori \_\_\_\_\_\_\_\_);
* Presenza di portatori di handicap;
* Presenza di donne in stato di gravidanza;

A tal fine dichiara, inoltre:

* Di non essere / di essere proprietario di immobili che siano fonte di reddito (es. immobili in locazione);
* Che nessuno dei componenti del nucleo familiare è beneficiario di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà erogate da Enti pubblici (es. **reddito di cittadinanza** ecc.) ad esclusione di quelle previste dalle norme relative al contenimento della epidemia da Covid-19.

ovvero

* Che i componenti del nucleo familiare fruiscono delle seguenti forme di sostegno al reddito e alla povertà erogate da Enti pubblici (es. **reddito di cittadinanza** ecc.):

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

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

..........................................................................................................................................(descrivere );

* Di impegnarsi ad acquistare col buono spesa esclusivamente generi alimentari e beni di consumo di prima necessità e/o medicinali solo negli esercizi commerciali con il quali aderenti all’iniziativa promossa dal Comune;
* Di essere a conoscenza che buoni spesa sono nominativi e quindi non cedibili a terzi;

Allega copia di documento di identità in corso di validità.

**ISTRUZIONI:**

- è possibile inviare la richiesta per email all’indirizzo [comune@comune.castelsantangelo.ri.it](mailto:comune@comune.castelsantangelo.ri.it) o tramite PEC all’indirizzo [comune.castelsantangelo.ri@legalmail.it](mailto:comune.castelsantangelo.ri@legalmail.it). Solo se non si dispone di mail o PEC l’istanza può essere consegnata a mano all’Ufficio Protocollo del Comune.

Castel Sant’Angelo, lì …………………………………………..

Firma

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

Informativa Privacy

Il sottoscritto dichiara di essere informato, ai sensi dell’articolo 13 del Regolamento UE 2016 del 27 aprile 2016, che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:

a)      sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del richiedente l’applicazione del regime di compensazione delle spese sostenute per la fornitura di generi alimentari o prodotti di prima necessità;

b)      potranno essere trattati anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento relativo alla presente istanza;

c)      potranno, inoltre, essere conservati per un periodo massimo di 10 anni e trattati in forma anonima per scopi statistici nel rispetto delle norme in materia di riservatezza dei dati personali;

Il titolare del trattamento dei dati, ai sensi dell’art.4 Regolamento UE 2016/679, ai sensi del 27/04/2016, è il Comune di Castel Sant’Angelo.

Castel Sant’Angelo, lì ………………………….

FIRMA

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