



COMUNE DI MONTECORVINO ROVELLA

Provincia di Salerno
Città dell'Astronomia e della Musica

Al Signor Sindaco del comune di *Montecorvino Rovella*

Oggetto: DPCM 29 marzo 2020 – Fondo per la solidarietà alimentare. Richiesta di ammissione al beneficio

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____, residente
a _____ (____), alla via _____ n° _____,

C.F.: _____, tel/cell: _____; e-mail: _____

VISTO quanto disposto dal DPCM 29 marzo 2020 istitutivo di un "fondo per la solidarietà alimentare";

CHIEDE

di essere ammesso/a al beneficio della concessione di un buono spesa alimentare.

A tal scopo, ai sensi del D.P.R. n.445 consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000, n.445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

(Barrare con una croce ciascuna voce per cui si intende confermare la dichiarazione)

che il proprio nucleo familiare è composto da n° _____ persone, come di seguito specificato:

N.D.	GENERALITA'	NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA
1	NOME _____ COGNOME _____	LUOGO _____ DATA DI NASCITA _____	Persona ad uso della quale è riferita la presente dichiarazione
2	NOME _____ COGNOME _____	LUOGO _____ DATA DI NASCITA _____	
3	NOME _____ COGNOME _____	LUOGO _____ DATA DI NASCITA _____	
4	NOME _____ COGNOME _____	LUOGO _____ DATA DI NASCITA _____	
5	NOME _____ COGNOME _____	LUOGO _____ DATA DI NASCITA _____	
6	NOME _____ COGNOME _____	LUOGO _____ DATA DI NASCITA _____	

- di essere in gravi difficoltà economiche, scaturite dall'emergenza COVID 19 e di trovarsi attualmente senza alcun reddito;
- di avere depositi postali e bancari non superiori ad € 2.500,00;
- di non percepire RdC (reddito di Cittadinanza);
- di non percepire PdC (pensione di Cittadinanza);
- che nessun componente del nucleo familiare percepisce alcuna forma di reddito da lavoro né supporto previdenziale (ammortizzatori sociali: cassa integrazione ordinaria, assegno ordinario, naspi, cassa integrazione in deroga);
- che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta presso questo o altro Comune per il sostegno di cui alla presente domanda;
- che nel nucleo familiare sono presenti n. _____ persone affette da patologia cronica.

Il dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni inerenti i dati indicati

Allega:

- copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data _____

Firma leggibile _____

Il trattamento dei dati personali è effettuato nel rispetto delle disposizioni del GDPR (regolamento UE 2016/679) con le limitazioni previste dalla vigente normativa per il periodo di emergenza. I dati trattati saranno utilizzati esclusivamente per l'applicazione delle misure emergenziali e comporta il trasferimento dei dati sui soggetti che contribuiscono alle procedure e operazioni (esercizi commerciali, associazioni ed operatori del terzo settore) anche in relazione a dati inerenti le condizioni economiche e familiari nonchè per la gestione finanziaria e contabile dei pagamenti. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il trattamento avviene senza consenso dell'interessato in virtù di specifico obbligo legale e conseguente rapporto contrattuale