



COMUNE DI MONTECORVINO ROVELLA

Provincia di Salerno

Città dell'Astronomia e della Musica

AL SINDACO DEL COMUNE DI MONTECORVINO ROVELLA

protocollo@pec.comune.montecorvinorovella.sa.it

Oggetto: istanza di accesso ai "BUONI SPESA" di cui al DPCM 29 marzo 2020. Nuovo schema di domanda per attribuzione risorse residue

Il/La Sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____,
residente a _____ (_____), alla via _____ n° _____,
C.F.: _____, tel/cell: _____; e-mail: _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al beneficio della concessione dei buoni 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, PER SE E PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

(Barrare con una croce ciascuna voce per cui si intende confermare la dichiarazione. Si precisa che, in fase di valutazione delle domande, tutte le voci non barrate saranno considerate a tutti gli effetti come dichiarazioni non rese)

- Di essere residente nel Comune di Montecorvino Rovella (SA);
- Che nessuno dei membri del proprio nucleo familiare rientra nell'elenco dei beneficiari del contributo erogato a titolo di buono spesa individuato dal Comune di Montecorvino Rovella a seguito di istanza presentata prima del 06.04.2020;
- Che nel proprio nucleo familiare è presente _____, percettore di Reddito di Cittadinanza (o Pensione di Cittadinanza) per un importo mensile di Euro _____;
- Che nel proprio nucleo familiare è presente _____, percettore di redditi da pensione per un importo mensile di Euro _____;
- Che nel proprio nucleo familiare è presente _____, percettore di altri redditi (specificare a che titolo: _____) per un importo mensile pari ad Euro _____;
- Che nel proprio nucleo familiare è presente _____, percettore di importi mensili a titolo di supporto previdenziale (specificare gli ammortizzatori sociali percepiti _____), pari ad Euro _____;
- Che la somma delle entrate finanziarie mensili, durante il corrente periodo, per il proprio familiare, ammonta ad € _____, corrispondente alla sommatoria delle voci di cui ai punti precedenti, e che tale importo è inferiore alla soglia massima stabilità di € 800.00 mensili;
- Di aver perso il lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati da Governo e Regione Campania in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19. A tal fine dichiara che (descrivere l'attività lavorativa) _____ e che la stessa si è interrotta in data _____;
- Di aver richiesto in data _____, l'accesso ad una delle misure di sostegno economico _____ (specificare quale) previste dal D.L. 17/03/2020;

- Che il proprio nucleo familiare è composto da n_____ componenti, conformemente a quanto risultante dallo stato di famiglia
- Che l'attuale disponibilità economica in riferimento ad entrate recenti e/o giacenza su c/c o altri strumenti di deposito immediatamente smobilizzabili non consentono l'approvvigionamento di generi alimentari e di prima necessità.

Eventuali note: _____

Allega alla presente copia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Data _____

Firma leggibile _____