

Al sig. Sindaco
Del Comune di Corfinio

ISTANZA PER L'ACCESSO AL BONUS SOCIALE PER DISAGIO ECONOMICO PER LE FORNITURE DI GENERI ALIMENTARI O ALTRI PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA' A SEGUITO DELL'EMERGENZA COVID-19 – (CORONAVIRUS)

Il sottoscritto/la sottoscritta			
Nato/a		il	/ /
Residente in Corfinio, in Via			
Codice fiscale			
Recapito telefonico			
e-mail			

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE

Al bonus sociale per l'assegnazione di "Buoni spesa per l'acquisto di generi alimentari o prodotti di prima necessità" e tal fine dichiara : (barrare e / o compilare le caselle che interessano)

- ☐ Di essere residente nel Comune di Corfinio
- ☐ Di essere cittadino italiano;
- ☐ Di essere cittadino di uno stato appartenente all'Unione Europea;
- ☐ Di essere cittadino di uno stato non appartenente alla Comunità Europea e di essere in possesso del permesso di soggiorno in corso di validità;
- ☐ Che il saldo dei conti correnti e/o libretti bancari/postali intestati ai componenti il nucleo familiare non superino complessivamente € 8.000,00, e di non disporre altri tipi di deposito/titoli bancari/postali
- ☐ di non ricevere alcuna retribuzione / compenso dal datore di lavoro a seguito della chiusura dell'attività per l'emergenza COVID 19;
- ☐ di non essere percettore di ammortizzatori sociali e/o sostegni pubblici ;
- ☐ di essere percettore di ammortizzatori sociali, o cassa integrazione ordinaria o in deroga e o sostegni pubblici. Specificare il tipo di prestazione: _____ di € _____, mensili;
- ☐ di non essere percettore di reddito di cittadinanza;
- ☐ di essere percettore di reddito di cittadinanza per un importo di € _____, mensili ;
- ☐ Di essere percettore di sola pensione sociale per un importo di € _____, mensili;
- Di essere percettore di altri benefici, economici o di sussistenza , da enti pubblici o da privati _____;

DICHIARO altresì

Che il nucleo familiare è composto come segue:

N.	COGNOME	NOME	LUOGO NASCITA	DATA NASCITA	PROFESSIONE
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Il sottoscritto si impegna, in caso di assegnazione dei buoni spesa, ad utilizzarli **ESCLUSIVAMENTE** per l'acquisto di generi alimentari, con **DIVIETO ASSOLUTO** di acquisto di alcolici e superalcolici.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'

Il sottoscritto/a dichiara inoltre :

Che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell'art. 43 del D.P.R. 445/2000, ovvero documentabili su richiesta delle Amministrazioni competenti;

Di essere consapevole della decadenza dei benefici e dalle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000;

Di autorizzare al trattamento dei dati personali ai sensi dell'**art. 13 Regolamento UE 2016/679 Informativa ai sensi (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)**, il Comune di Corfinio per le finalità relative al procedimento amministrativo per il quale esse vengono comunicate.

ALLEGA :

- Documento di identità in corso di validità.

Corfinio, ____/04/2020

Firma
