

**AL COMUNE
DI FILADELFIA**

Visto l'indirizzo dato dall'Assemblea dei Sindaci del Distretto n. 1 di Vibo Valentia, con il quale è stato disposto l'utilizzo del Fondo Povertà – anno 2018 – ed è stato dato mandato al Responsabile dell'Ufficio di Piano di attivare tutte le procedure per la concessione di **“buoni spesa utilizzabili per acquisto di generi alimentari” o direttamente “generi alimentari o prodotti di prima necessità”** da destinare alle famiglie che a causa dell'emergenza Covid – 19 versano in gravi difficoltà economiche;

il sottoscritto:

Cognome Nome	
Luogo e Data di nascita	
Codice Fiscale	
Indirizzo Residenza	
Telefono - cellulare	

C H I E D E

Di poter usufruire di **“buoni spesa utilizzabili per acquisto di generi alimentari”**.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali, per le false dichiarazioni, da falsità negli atti o l'uso di atti falsi,

D I C H I A R A

Di versare nelle condizioni di disagio causa emergenza COVID – 19 in quanto (risposta obbligatoria):

Di non aver presentato analoga istanza nel proprio comune di residenza (per i domiciliati in comuni diversi):

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE:

Indicare per ciascuno componente occupato/disoccupato la tipologia di entrata economica mensile: (stipendio, reddito cittadinanza, mobilità, pensione, servizio civile e/o ogni altro intervento o agevolazione statale ecc.)

RUOLO	COGNOME E NOME	data nascita	Svolge attività lavorativa SI/NO	Importo	Gode di sostegni pubblici SI/NO	Importo
Intestatario						
Coniuge						
Figlio/a						
Figlio/a						
Figlio/a						
Figlio/a						
Figlio/a						
Altro parente						

SITUAZIONE PATRIMONIALE

RUOLO	cognome e nome	Possidenze patrimoniali immobiliari SI/NO	Rendite derivanti dalle stesse SI/NO	Mutui in corso SI/NO	Titoli azionari o obbligazionari SI/NO	depositi bancari o postali anche su conti correnti di importo superiore ad euro 2.000
Intestatario						
Coniuge						
Figlio/a						
Figlio/a						
Figlio/a						
Figlio/a						
Figlio/a						
Altro parente						

DICHIARA

- Di essere a conoscenza che il superamento del reddito nell'anno 2019 relativo all'intero nucleo familiare, da lavoro dipendente e/o autonomo e/o altro come indicato nella griglia sottostante è causa di esclusione dei buoni spesa

COMPONENTI	REDDITO (in euro)
1	6.000,00
2	8.000,00
3	10.000,00
4	12.000,00
5	14.000,00

Per ogni componente del nucleo familiare superiore a 5 si deve aggiungere euro 1.000,00

ALLOGGIO IN AFFITTO

CONTRATTO N.	IMPORTO

ALLEGA

Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (obbligatorio).

INFORMATIVA PRIVACY.

Informato, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art.84 del citato Regolamento UE 2016/679, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi, il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento, per motivi legittimi, rivolgendosi al titolare e responsabile del trattamento dei dati presso il Distretto Sanitario competente.

DICHIARAZIONE DEL CONSENSO: Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, presto il consenso al trattamento dei dati personali.

N.B. la presente DICHIARAZIONE è soggetta ai controlli di legge da parte delle Autorità preposte: **FORZE DELL'ORDINE / POLIZIA MUNICIPALE / GUARDIA DI FINANZA.**

Filadelfia, lì _____

Firma del Richiedente _____