

**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.)*

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

## SITUAZIONE PATRIMONIALE

<b>RUOLO</b>	<b>cognome e nome</b>	<b>Possidenze patrimoniali immobiliari SI/NO</b>	<b>Rendite derivanti dalle stesse SI/NO</b>	<b>Mutui in corso SI/NO</b>	<b>Titoli azionari o obbligazionari SI/NO</b>	<b>depositi bancari o postali anche su conti correnti di importo superiore ad euro 2.000</b>
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

<b>COMPONENTI</b>	<b>REDDITO (in euro)</b>
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

<b>CONTRATTO N.</b>	<b>IMPORTO</b>

### 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 \_\_\_\_\_