



**RICHIESTA BUONI SPESA FONDI SOLIDARIETÀ' ALIMENTARE**  
**D.G.C. n. 115 del 30.11.2020**  
**(avente valore di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà**  
**artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n. 445)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente nel Comune di FILADELFIA (VV) via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

**richiede l'erogazione, ai sensi della D.G.C. n.115 del 30.11.2020, di buoni spesa per l'acquisto di beni alimentari e di prima necessità.**

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

- che la famiglia convivente è così composta:

Cognome e nome	M/F	Posizione in famiglia	Età	Stato civile	Professione	Altre informazioni

- che la situazione attuale del proprio nucleo familiare è la seguente:

**Situazione socio-economica del nucleo: COMPILAZIONE OBBLIGATORIA** (Barrare la voce che interessa)  
specificare redditi da attività dei vari componenti

- redditi da attività del nucleo familiare Euro .....
- 1° componente Euro .....
- 2° componente Euro .....
- 3° componente Euro .....
- Altri componenti Euro .....
  
- Condizione dei minori presenti nel nucleo .....
- Presenza componenti con disabilità o non autosufficienti
- Altri elementi utili per comprendere la situazione:
- .....
- .....
- .....

**Situazione emergenziale** per cui necessita la solidarietà alimentare: **COMPILAZIONE OBBLIGATORIA**  
 (Barrare la voce che interessa)

- interruzione dell'attività lavorativa
- discontinuità dell'attività lavorativa
- assenza di reddito nell'anno
- situazione debitoria a carico pari ad un importo di Euro .....
- difficoltà di accesso ad altri contributi pubblici
- altro
- .....
- .....

(Barrare la voce che interessa)

- Di non possedere risparmi superiori ad Euro 3.000,00;
- Di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo familiare;
- Di ricevere i seguenti contributi pubblici: (**specificare entità e tipologia** es. *Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale*)

**ALLOGGIO IN AFFITTO**

CONTRATTO N.	IMPORTO

Dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 e s.m.i.

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

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

Filadelfia, \_\_\_\_\_

La/Il dichiarante