

Oggetto: RICHIESTA SOCCORSO ALIMENTARE

Richiedente	
Nato/a a	
il	
Residente a	
Prov	
Indirizzo	
Cod. fisc.	
Documento di identità n.	
Rilasciato da	
in data	
Telefono	
Email	
Pec	

CHIEDE

Il soccorso alimentare per la fornitura dei prodotti alimentari necessari per i bisogni essenziali della propria famiglia

A tal fine 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

- ☐ Di essere residente nel Comune di San Gemini;
- ☐ Che il proprio nucleo familiare è in difficoltà nell'acquisto di generi alimentari e di prima necessità a causa dell'emergenza COVID-19 che ha determinato una perdita/riduzione delle entrate della famiglia;
- ☐ Di non essere già beneficiario di trattamento economico di sostegno pubblico (es RdC, CIG, Naspi, ecc);
- ☐ Di essere già beneficiario di trattamento economico di sostegno pubblico (es RdC, CIG, Naspi, ecc), consistente in _____ e che il relativo importo percepito è pari ad euro _____ mensili;
- ☐ Di non svolgere alcuna attività lavorativa a far data da _____;
- ☐ Di non aver mai svolto attività lavorativa (inoccupato);
- ☐ Di aver sospeso la propria attività lavorativa, consistente in _____ a causa della situazione emergenziale da COVID-19 a far data dal _____;
- ☐ Che nel nucleo familiare non sono presenti altri percettori di reddito da lavoro e/o da pensione;

- ☐ Che nel proprio nucleo familiare sono presenti altri percettori dei seguenti redditi. Indicare il reddito di tutti i percettori incluso il richiedente:

nome componente nucleo	Tipo di reddito percepito	Ammontare mensile del reddito percepito

- ☐ Che nessuno dei componenti del nucleo familiare dispone di più di 10 mila euro di depositi in banca tra conto corrente e depositi immediatamente esigibili.

DICHIARA INOLTRE CHE

- ☐ Il proprio nucleo familiare è così composto

Nome e cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela

Di cui minori:

Nome e cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di parentela

- ☐ Nel proprio nucleo familiare sono presenti i seguenti soggetti con disabilità

Nome e cognome	Luogo e Data di nascita	Tipo e grado di invalidità	Grado di parentela

- ☐ Di voler utilizzare il buono spesa presso gli esercizi commerciali aderenti.
- ☐ Il proprio nucleo familiare è
 - In grado di recarsi al punto vendita indicato per il ritiro dei prodotti alimentari
 - Non in grado di recarsi al punto vendita indicato e chiede pertanto la consegna a domicilio dei prodotti.

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 D.Lgs 30/06/2003 n.196 e del Regolamento UE 679/2016 e successive modifiche.

San Gemini, li _____

Il/la Richiedente

Allegare copia del documento di riconoscimento.

N.B: la mancata compilazione della domanda in tutte le sue parti e la mancanza di copia del documento di riconoscimento è causa di esclusione della domanda.