**Al Comune di Robbio**

Oggetto: **MODULO DOMANDA PER EROGAZIONE BUONI SPESA A FAVORE DI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI BISOGNO A SEGUITO DELL’EMERGENZA DA DIFFUSIONE DEL VIRUS COVID-19**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e.mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

VISTO quanto disposto con Deliberazione di Giunta Comunale n. 184 del 23.12.2021 in relazione alle misure urgenti di solidarietà alimentare per il sostegno di nuclei residenti che a seguito dell’emergenza sanitaria da COVID-19 si sono trovate in difficoltà per riduzione o assenza di reddito;

**CHIEDE**

di essere ammesso al beneficio delle misure previste.

A tal scopo, ai sensi del D.P.R. n. 445 consapevole in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti[[1]](#footnote-1)1

**DICHIARA**

|  |  |
| --- | --- |
|  Componenti nucleo famigliare | Tot. n. \_\_\_\_di cui:* minori n. \_\_\_\_
* persone con disabilità n.\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| Eventuali forme di sostegno pubblico percepite da membri del nucleo | * RdC ­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Naspi\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* indennità di mobilità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* cassa integrazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

|  |
| --- |
| Eventuali altre difficoltà economiche/ sociali SPECIFICARE (*es. perdita posto di lavoro; non rinnovo contratto a tempo determinato; perdita fatturato; chiusura attività ecc.)***:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Dichiaro inoltre**

* **di non aver mai usufruito di questo beneficio**
* **d avere già usufruito di questo beneficio per n. volte\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il Dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni inerenti i dati indicati.**

Si allega:

- copia documento d’identità in corso di validità

- ISEE in corso di validità ovvero ISEE corrente anno 2021.

**Autorizzo al trattamento dei miei dati personali presenti nella dichiarazione resa ai soli fini dell'evasione dell'istanza, ai sensi del D.L. 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/ 279)**

 Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma leggibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. [↑](#footnote-ref-1)