

**DICHIARAZIONE DELLE CONDIZIONI PER L' EROGAZIONE DI BUONI SPESA PER  
PRODOTTI ALIMENTARI****In attuazione della OCDPC n. 658 del 29/03/2020**da trasmettere per e-mail a: [Info@comune.inarzo.va.it](mailto:Info@comune.inarzo.va.it) - [comune.inarzo@pec.regione.lombardia.it](mailto:comune.inarzo@pec.regione.lombardia.it)

OPPURE in busta chiusa nella cassetta della posta del Municipio di Inarzo

con copia del documento di identità del firmatario

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_ tel. cellulare \_\_\_\_\_ email (eventuale) \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del DPR 445/2000);

**DICHIARA** di essere di sesso M F e di nazionalità \_\_\_\_\_ di essere nato/a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ di essere residente ad Inarzo, in Via/Piazza \_\_\_\_\_ di trovarsi in stato di disoccupazione/inoccupato; di non essere percettore di ammortizzatori sociali; di non essere percettore di Reddito di Inclusione; di non essere percettore di Reddito di Cittadinanza; di essere percettore di Reddito di Cittadinanza pari a € \_\_\_\_\_ mensili, insufficienti al sostentamento proprio e del proprio nucleo familiare; di trovarsi in difficoltà economiche causate dall'emergenza Coronavirus in quanto, essendo di professione: \_\_\_\_\_**ha subito gravi conseguenze economiche sulla capacità di produrre il reddito e non ha attualmente la liquidità necessaria al sostentamento proprio e della propria famiglia perché:** di non avere risparmi di pronta liquidità; di disporre di liquidità finanziarie su conto corrente bancario/postale o altre forme di deposito ( intestati al dichiarante o ad altri componenti del nucleo familiare) per un ammontare limitato ad adempiere ad altre obbligazioni già assunte o a far fronte ad altre spese di prima necessità per il nucleo familiare ( utenze, farmaci, eventuale affitto, mutuo, ecc..); che il proprio nucleo familiare è così composto:

N°	cognome	nome	luogo di nascita	data di nascita	relazione di parentela
1					intest. scheda
2					
3					
4					
5					
6					
7					

che nel nucleo familiari sono presenti:

bambini fino a 2 anni:

soggetti con disabilità;

Il sottoscritto **DICHIARA**, altresì, che:

che nessun componente del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico;

*ovvero*

che il seguente componente \_\_\_\_\_ è titolare del seguente sostegno pubblico \_\_\_\_\_ (reddito di cittadinanza, REI, NASPI, eccc.):

che nessuno degli altri componenti del nucleo familiare ha fatto richiesta presso il Comune del medesimo sostegno alimentare di cui alla presente domanda;

### **CHIEDE**

#### **l'attribuzione di un buono spesa nella misura e con le modalità stabilite dal Comune.**

Il sottoscritto **DICHIARA** inoltre di essere consapevole delle responsabilità civili e penali, sulla base della legislazione vigente, di una falsa dichiarazione e che essa comporterà altresì l'esclusione dai benefici conseguiti (art. 75 del DPR 445/2000); di aver preso atto che i dati personali, verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali e con la presente ne autorizza l'utilizzo.

### **ISTRUZIONI:**

- i buoni sono spendibili presso ciascuno degli esercizi individuati dal Comune e possono essere ulteriormente frazionati direttamente presso l'esercizio, con acquisti parziali fino al raggiungimento dell'importo complessivo;
- è obbligatorio conservare copia dello scontrino per un periodo di tre mesi per eventuali verifiche.

Data \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_