Comune di Aradeo

(cap. 73040) **Provincia di Lecce**  Tel. 0836552583 **-** Fax 0836554008

C.F.: 80008030753 P.IVA: 01174870756

**COMUNE DI ARADEO**

PEC [protocollo*.comune.aradeo@pec.rupar.puglia.it*](mailto:protocollo.comune.aradeo@pec.rupar.puglia.it)

AREA 1 – UFFICIO SERVIZI SOCIALI

**Oggetto:** **RICHIESTA BUONI SPESA – EMERGENZA COVID-19**

Il/la sottoscritta\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

per il proprio nucleo familiare un contributo economico straordinario – emergenza Coronavirus – da utilizzare per: ***Generi*** ***Alimenti e prodotti di prima necessità*** presso esercenti commerciali contenuti nell’elenco pubblicato nel proprio sito Istituzionale

DICHIARA

Per ogni componente del nucleo familiare

[ ] non aver usufruito di altre forme di contributi

[ ] di essere assegnatari di sostegno pubblico ( RDC, RED e altri) di importo pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] di essere percettori di ammortizzatori sociali o di averne fatto richiesta ivi compresi quelli pervisti dal decreto del 17/03/2020

[ ] reddito percepito nel mese di marzo 2020\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DICHIARA, INOLTRE,

Che il proprio nucleo familiare è composta

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Situazione occupazionale | Relazione con il dichiarante |
|  |  |  |  | Richiedente |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Che attualmente la situazione familiare non permette di far fronte agli acquisti di prima necessità in quanto la situazione lavorativa del nucleo è la seguente: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**DICHIARA**

• che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell’art. 43 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 ovvero documentabili su richiesta dell’Amministrazioni Comunale;

• di essere consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445;

Informativa Privacy

• di essere informato che ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 30.06.2003, n. 196, ed in relazione ai Suoi dati che formeranno oggetto di trattamento, il titolare del trattamento è il Comune di Aradeo; il responsabile del trattamento è il Responsabile dei Servizi Sociali; il trattamento è indispensabile per l’accesso al servizio, è realizzato con l’ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati ed è svolto da personale dell’Ente pubblico attuatore dell’intervento. I dati acquisiti possono essere fatti oggetto di comunicazione nei casi e nei modi previsti dal D. Lgs. 196/2003

Si riserva di produrre, laddove il sottoscritto fosse chiamato a svolgere le attività di servizio civico, apposita certificazione medica attestante l’idoneità allo svolgimento dell’attività lavorativa.

Aradeo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegare copia Documento Identità Valido**