

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE AI BUONI ALIMENTARI  
DI CUI ALLA DELIBERA DI GIUNTA COMUNALE N. 108 DEL 15/12/2020

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
c.f. \_\_\_\_\_  
telefono (obbligatorio) \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 senza fissa dimora  
 domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 richiedente asilo  
 titolare di permesso di protezione umanitaria  
 identificato a mezzo  carta d'identità,  patente,  passaporto n. \_\_\_\_\_  
rilasciato da (Comune, questura, ecc.) \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
valido sino al \_\_\_\_\_;

consapevole delle responsabilità in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle sanzioni penali di cui all'art.76 del d.p.r. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi dell'art. 46 e 47 del d.p.r. 28/12/2000 n. 445,

CHIEDE

Di essere assegnatario di buoni alimentari previsti dalla delibera di G.C. n. 108 del 15/12/2020

SI IMPEGNA

Sin da ora a produrre tutta la documentazione e a fornire ogni notizia utile che il Comune ritenga necessaria a corredo della presente istanza.

DICHIARA

1. CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E' COSI' COMPOSTO:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	grado di parentela	0-3anni <sup>1</sup> I	disabile <sup>2</sup>

2. CHE LA PROPRIA CONDIZIONE ECONOMICA E' LA SEGUENTE:

COMPONENTI DEL NUCLEO – FONTI DI REDDITO N. \_\_\_\_\_

Indicare per ognuno nome, cognome, condizione lavorativa:

a) NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

b)  dipendente

libero professionista

altro(specificare) \_\_\_\_\_

c) NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

condizione lavorativa:

dipendente

libero professionista

altro(specificare) \_\_\_\_\_

d) NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

condizione lavorativa:

dipendente

libero professionista

altro(specificare) \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Segnare con una X se minore di 3 anni

<sup>2</sup> Segnare con una X se persona disabile e di seguito indicare gli estremi del certificato di invalidità rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

3. CHE I COMPONENTI DEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE SONO TITOLARI DEI SEGUENTI CONTI CORRENTI BANCARI/POSTALI:

a) NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

Intestatario C/C \_\_\_\_\_

Denominazione Istituto di credito \_\_\_\_\_

Iban \_\_\_\_\_

Saldo al 15/11/2020(allegare fotocopia estratto conto) \_\_\_\_\_

b) NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

Intestatario C/C \_\_\_\_\_

Denominazione Istituto di credito \_\_\_\_\_

Iban \_\_\_\_\_

Saldo al 15/11/2020(allegare fotocopia estratto conto) \_\_\_\_\_

4. DI AVER AVUTO NEL PERIODO OTTOBRE/DICEMBRE 2020 UNA RIDUZIONE DEL REDDITO (Comprovata e documentabile) PER UNA DELLE SEGUENTI RAGIONI A LUI NON IMPUTABILI:

licenziamento del sig./ra. \_\_\_\_\_ dal (mm/aa) \_\_\_\_\_

mancato rinnovo di contratto a termine o di lavoro atipico del sig/ra \_\_\_\_\_ dal (mm/aa) \_\_\_\_\_

riduzione dell'orario di lavoro del sig./ra. \_\_\_\_\_ dal (mm/aa) \_\_\_\_\_

chiusura dell'attività economica esercitata a seguito DPCM 3/11/2020 del sig./ra. \_\_\_\_\_ dal (mm/aa) \_\_\_\_\_

cessazione di attività libero professionista o di impresa registrata del sig./ra. \_\_\_\_\_ dal (mm/aa) \_\_\_\_\_

decesso del sig./ra. \_\_\_\_\_ dal (mm/aa) \_\_\_\_\_

c/c congelato o non disponibilità temporanea dei propri averi

sospensione della borsa lavoro, attività occupazionale o stage

altro (specificare) \_\_\_\_\_

5. DI NON ESSERE BENEFICIARIO DI:

naspi

cassa integrazione

indennità di mobilità

contributi economici pubblici (specificare) \_\_\_\_\_

reddito di cittadinanza \_\_\_\_\_

reddito di emergenza \_\_\_\_\_

OPPURE:

che è beneficiario di \_\_\_\_\_ dal (mm/aa) \_\_\_\_\_

OPPURE:

che dal (mm/aa) \_\_\_\_\_ il beneficio \_\_\_\_\_

che percepiva è:

decaduto

sospeso

revocato

Per la seguente motivazione \_\_\_\_\_

6. CHE NESSUN COMPONENTE DEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E' TITOLARE DI ALTRE RENDITE ECONOMICHE QUALI:

titoli di stato \_\_\_\_\_

pensione \_\_\_\_\_

affitti da immobili di proprietà \_\_\_\_\_

altro (specificare ) \_\_\_\_\_

7. DI NON AVERE ALCUN ALTRO COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE CHE ABBAIA PRESENTATO DOMANDA DI ACCESSO AI BUONI ALIMENTARI

8. CHE LA PROPRIA SITUAZIONE ABITATIVA (comprovata e documentabile) E' LA SEGUENTE:

proprietario

intestatario di mutuo stipulato con agenzia di credito \_\_\_\_\_

dal (mm/aa) \_\_\_\_\_ rata mensile \_\_\_\_\_

di non essere in regola con i pagamenti dal (mm/aa) \_\_\_\_\_

per un importo pari a \_\_\_\_\_

mutuo sospeso dal (mm/aa) \_\_\_\_\_

in locazione

intestatario di contratto stipulato il (mm/aa) \_\_\_\_\_

e registrato il (mm/aa) \_\_\_\_\_ rata mensile \_\_\_\_\_

di essere moroso nel pagamento del canone di affitto dal (mm/aa) \_\_\_\_\_

per un importo pari a \_\_\_\_\_

di essere moroso nel pagamento delle spese condominiali dal (mm/aa) \_\_\_\_\_

Per un importo pari a \_\_\_\_\_

usufrutto

con contratto stipulato con il sig/ra \_\_\_\_\_  
dal (mm/aa) \_\_\_\_\_

9. DI AVER PRESO PIENA COSCIENZA E DI AVER COMPRESO E ACCETTATO  
TUTTE LE CONDIZIONI STABILITE NELLE LINEE GUIDA EX D.G. C.108  
DEL 15/12/2020

DICHIARA INOLTRE

Di essere consapevole che l'Amministrazione Comunale procederà alla verifica dei  
dati sopra dichiarati e della documentazione allegata.

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Si autorizza l'Amministrazione Comunale al trattamento dei dati personali presenti  
nell'autocertificazione ai sensi del D.lgs. n. 196/2003 e GDPR Regolamento Ue  
2016/679.

Si esonera l'Amministrazione Comunale da ogni responsabilità per eventuali disguidi  
imputabili a terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Documentazione obbligatoria da allegare alla presente dichiarazione:

- Copia del documento d'identità e/o passaporto del soggetto firmatario
- Copia del codice fiscale del soggetto firmatario
- Copia di tutti i documenti che comprovano le dichiarazioni rese nel presente documento