

**OGGETTO: DOMANDA DI ACCESSO AI BUONI SPESA PER ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI E  
CONTESTUALE AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000**

**La domanda di accesso al beneficio a valere sul Fondo di solidarietà alimentare può essere presentata solo da uno dei componenti del nucleo familiare**

Il sottoscritto .....

Nato a..... (.....) il.....

Residente a..... (.....) Via.....N. ....

Telefono..... c.f. ....

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

I dati di seguito richiesti, che non rappresentano in alcun modo motivi di esclusione, sono necessari ai fini di dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici, finalizzata all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al fondo di solidarietà alimentare.

**RICHIESTE L'EROGAZIONE DEI BUONI SPESA  
PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI  
PREVISTO DALL'ORDINANZA PROTEZIONE CIVILE 658/2020**

e a tal fine

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

1. che i componenti del proprio nucleo familiare, oltre al/la sottoscritto/a, sono i seguenti:

<b>Cognome e nome</b>	<b>Luogo e data di nascita</b>	<b>Grado di parentela</b>

2. Il/la sottoscritto/a e i componenti del proprio nucleo familiare si trovano, a causa degli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19, nella seguente condizione:  
*(barrare le voci interessate e cancellare la dicitura che non interessa)*
- non percepiscono / percepiscono indennità statali, reddito di cittadinanza, indennità di disoccupazione o altre provvidenze economiche; se del caso specificare \_\_\_\_\_
  - non sono / sono iscritti alla Camera di Commercio ed in possesso di partita IVA;
  - che nel nucleo familiare sono presenti n. .... soggetti con disabilità;
  - che nel nucleo familiare sono presenti n. .... soggetti minori di età;
  - che nel nucleo familiare sono presenti n. .... soggetti ultrasessantacinquenni;
  - che si trova in condizione non lavorativa e non protetta da ammortizzatori sociali a partire dal 31/01/2020;
  - che si trova in condizione di cassa integrazione o riduzione stipendiale a seguito dell'emergenza ed è l'unico percettore di reddito del nucleo familiare;
  - altro (*specificare*) \_\_\_\_\_
3. di essere/non essere (cancellare la voce che non interessa) un soggetto attualmente preso in carico dal Consorzio Intercomunale Servizi Socio-Assistenziali Caluso (C.I.S.S.A.C.);
4. che i buoni spesa che verranno concessi verranno utilizzati esclusivamente presso gli esercizi commerciali convenzionati con il Comune di Cuceglione;
5. di prendere atto che il Comune si riserva la facoltà di assegnare i buoni spesa in proporzione alla condizione di disagio economico sulla base dei criteri adottati dall'Amministrazione Comunale ed alle richieste pervenute.

Eventuali note:

---

---

---

---

Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto. I dati richiesti, che non rappresentano in alcun modo motivi di esclusione, sono necessari ai fini di dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici, finalizzata all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare.

Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza il Comune di Cuceglione al trattamento dei propri dati personali, esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all'art. 13 del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dall'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Il Comune di Cuceglione si riserva la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati, procedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente.

Cuceglione, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Allega copia del documento di identità