

**INTERVENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE SUL TERRITORIO ATTRAVERSO
BUONI SPESA PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI PRESSO GLI ESERCIZI
COMMERCIALI**

Spett.le Comune di Palmariggi
Piazza Garibaldi,
73020 Palmariggi (Le)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

e residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____

Cod. Fiscale _____ Tel. _____ Cell. _____ email _____,

ai sensi dell'avviso del Comune di Palmariggi per l'individuazione dei beneficiari dei contributi previsti nell'ambito delle misure urgenti di solidarietà alimentare di cui l'articolo 2 del Decreto Legge n. 154 del 23/11/2020 cosiddetto "Ristori Ter" e dell'Ordinanza n. 658 del 29.03.2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri

CHIEDE

di essere ammesso ai benefici economici a sostegno dei soggetti più esposti agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus COVID-19.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di affermazioni false o contenenti dati non veritieri e falsità negli atti, richiamate dal D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- a) di avere la residenza anagrafica nel Comune di Palmariggi, in Via/Piazza _____;
- b) di trovarsi in stato di bisogno a causa della situazione economica determinatasi per effetto dell'emergenza epidemiologica.
- c) di non essere percettore di altre forme di sostegno pubblico al reddito, *ovvero*,
- d) di essere percettore di altre forme di sostegno pubblico al reddito per l'importo complessivo mensile di € _____ a titolo di (*indicare la tipologia di sostegno in godimento*) _____;
- e) che il proprio nucleo familiare anagrafico è così composto (*in aggiunta al dichiarante*):

N	Cognome e nome (indicare se trattasi di persona con handicap)	Parentela	Data e luogo di nascita	Importo di eventuali altre forme di sostegno pubblico al reddito

f) che nel proprio nucleo familiare nessuno possiede risparmi o depositi bancari e/o postali di importo superiore ad euro 7.000,00, incrementato di euro 1.000,00 per ogni altro componente il nucleo familiare, ovvero di euro 1.500,00 per ogni figlio minore o portatore di handicap facente parte del nucleo familiare medesimo.

Dichiara, infine, con riferimento alle priorità per l'attribuzione dei buoni presenti nell'avviso pubblicato, di appartenere ad una delle seguenti categorie: *(barrare la categoria di appartenenza)*

- Nuclei familiari con attestazione ISEE non superiore ad euro 7.500,00;
- Nuclei familiari privi di qualsiasi reddito e/o copertura assistenziale;
- Nuclei familiari con minori e/o disabili;
- Nuclei familiari in carico ai servizi sociali, sulla base dei bisogni rilevati nell'ambito dell'analisi preliminare o del quadro di analisi da effettuarsi a cura dell'Assistente sociale, non beneficiari di forme di sostegno pubblico al reddito;
- Nuclei familiari, non beneficiari di forme di sostegno pubblico al reddito (Reddito di Cittadinanza, Pensione di cittadinanza, Reddito di Dignità, indennità di disoccupazione, cassa integrazione, ecc.).

Il sottoscritto dichiara, altresì, di essere a conoscenza che:

- l'Amministrazione Comunale si riserva, di concerto con le autorità competenti, di verificare la sussistenza dei requisiti di partecipazione alla procedura, anche mediante indagini a campione;
- in caso di dichiarazioni mendaci, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,
è prevista la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti;
- il Responsabile del Settore III° del Comune di Palmariggi, con proprio provvedimento, può revocare i benefici concessi in caso di accertate variazioni nelle condizioni autocertificate in fase di richiesta del beneficio e di accertato improprio utilizzo dei buoni spesa;
- i buoni spesa concessi saranno cumulabili, personali (utilizzabili esclusivamente dal titolare o da un membro del nucleo familiare), non trasferibili, non convertibili in denaro contante.

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione Comunale al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Reg. (UE) n. 2016/679;

L'indirizzo al quale inviare tutte le comunicazioni inerenti la presente procedura è il seguente *(solo se diverso dalla residenza sopra indicata)*: Via/Piazza _____
_____ n. _____, email _____.

Allega alla presente fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità.

Palmariggi, _____

Il dichiarante
