

- Trasmessa a mezzo mail: info@comune.santambrogiosulgarigliano.fr.it
- Trasmessa a mezzo servizio WhatsApp al n. [077698293](tel:077698293)
- Ritirata al domicilio da personale del Comune

Oggetto: Domanda assegnazione buono spesa - Decreto Legge nr. 154 DEL 23/11/2020 – Delibera Giunta Regionale nr. 18 del 27/11/2020 - Delibera Giunta Comunale nr. 85 del 16/12/2020

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il ___/___/___
di stato civile _____, documento di riconoscimento _____ n. _____
rilasciato in data _____ da _____

VISTA la Delibera di Giunta Comunale n. **85** del **16 dicembre 2020**

CHIEDE di essere ammesso al beneficio delle misure ivi previste

A tal scopo, ai sensi del D.P.R. n.445 consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000, n.445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

- di essere** residente alla data odierna nel Comune di Sant'Ambrogio sul Garigliano (FR) alla via _____ n. _____
- (per i cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea) di possedere un regolare permesso di soggiorno in corso di validità;

NONCHÉ

- di essere** in carico ai servizi sociali comunali e/o distrettuali;
- di trovarsi** in una situazione di bisogno a causa dell'emergenza derivante dall'epidemia da Covid- 19;

DI ESSERE

- disoccupato; in cassa integrazione; titolare di pensione sociale titolare di pensione di reversibilità;
- titolare di trattamento pensionistico, percettore di forme di sostegno pubblico, quali ad esempio il reddito di cittadinanza

NONCHÉ DICHIARA

- di non essere** beneficiario di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà erogate da enti pubblici (es. reddito di cittadinanza, REI, NASPI, indennità di mobilità, cassa integrazione e guadagni, altre forme previste a livello locale o regionale) ad esclusione di quelle previste dalle norme relative al contenimento della epidemia da COVID 19.

DICHIARA che il proprio nucleo familiare, compreso il sottoscritto, risulta così composto

NOME e COGNOME	CODICE FISCALE	RAPPORTO DI PARENTELA	REDDITO MENSILE

Il dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni inerenti i dati indicati

Sant'Ambrogio sul Garigliano, li ___/___/2020 _____ Firma leggibile

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nella dichiarazione resa ai soli fini della evasione della istanza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

_____ Firma leggibile