AL COMUNE DI SELARGIUS AREA 1 – POLITICHE SOCIALI VIA ISTRIA, 1

OGGETTO: **RICHIESTA BUONI SPESA PER ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI - (D.L. 23/11/2020 –N° 154)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a Selargius in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_\_\_\_, CF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(**obbligatorio**)

**CHIEDE IL RICONOSCIMENTO DEL BENEFICIO DI CUI ALL’OGGETTO**

**E**

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e per le dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

(ai sensi dell‘art. 47 D.P.R.28.12.2000 n.445)

**Che tutti i componenti del nucleo familiare sono (barrare la casella che interessa):**

* privi momentaneamente, a causa dell’emergenza, di reddito da lavoro o disoccupati o inoccupati;
* non titolari di pensione, redditi esenti IRPEF (es.: invalidità civile, assegno di accompagnamento, rendita INAIL, pensione sociale, ecc.);
* non assegnatari di sostegno pubblico (Reddito di cittadinanza, Naspi, Indennità di mobilità, Cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale) o assegnatari con misura sospesa;
* non percettori di qualsivoglia entrate patrimoniali private (provenienti da locazione di immobili, da investimenti mobiliari patrimoniali, ecc.);
* occupanti un’abitazione con regolare contratto di locazione o un’abitazione di proprietà con mutuo in corso;
* non intestatari di conti correnti (bancario, postale, carte prepagate, ecc.) aventi un saldo superiore ad € 800,00 e che non abbiano effettuato nei 10 giorni antecedenti la richiesta del buono spesa prelievi di importi superiori ad € 800,00.

**DICHIARA INOLTRE (barrare tutte le caselle)**

* Che il proprio nucleo familiare è **anagraficamente** composto da n° \_\_\_\_\_\_ persone (compreso il richiedente);
* Che nessuno degli altri componenti il proprio nucleo familiare ha presentato la medesima istanza;
* Di esprimere il consenso sulla privacy ai sensi dell’art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP).

Selargius, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma

Si allega documento di identità in corso di validità

**PRIMA DI INVIARE O CONSEGNARE LA DOMANDA PREGASI RICONTROLLARE I DATI INSERITI NEL PRESENTE MODULO**