

# COMUNE DI SAN MARZANO SUL SARNO

## EMERGENZA COVID-19 - BUONI SPESA UTILIZZABILI PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente in San Marzano sul Sarno alla Via/Piazza \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n° 445/2000, consapevole che tutte le dichiarazioni rese con la presente domanda sono riferite alla data di presentazione della domanda stessa, avendo preso sufficiente visione dell'avviso pubblico e accettandone incondizionatamente condizioni e prescrizioni ivi contemplate, con particolare riferimento alle modalità operative e di assegnazione dei buoni spesa, nonché all'utilizzo dello stesso

### CHIEDE

di poter accedere alla fruizione dei buoni spesa utilizzabili per l'acquisto di generi alimentari, di cui all'ordinanza n. 658/2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile.

#### **A tal fine, dichiara:**

- di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo di posta elettronica: \_\_\_\_\_

- di conoscere che il buono spesa è spendibile solo per alimentazione presso i punti vendita che saranno comunicati dal Comune;

- di essere residente nel Comune di San Marzano sul Sarno alla data di pubblicazione dell'Avviso (**BARRARE UNA CASELLA**):

in immobile di proprietà;

in immobile in locazione, con canone mensile di € \_\_\_\_\_;

- che il proprio nucleo familiare:

- si trova **in stato di bisogno** a seguito dell'emergenza COVID-19, per il seguente motivo (**BARRARE CASELLA**):

chiusura o sospensione di attività lavorativa, propria o svolta in qualità di dipendente;

non aver ottenuto ammortizzatori sociali o non poter accedere a forme di ammortizzatori sociali

assenza di fonti di sostentamento

- è composto da nr. \_\_\_\_ componenti, di cui nr. \_\_\_\_ minori, come di seguito indicati:

N. D'ORD	COGNOME E NOME	NASCITA		RAPPORTO CON IL/LA DICHIARANTE
		LUOGO	DATA	
1				DICHIARANTE
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Inoltre, dichiara che (**BARRARE UNA CASELLA**):

non è già assegnatario di sostegno pubblico;

è già assegnatario di sostegno pubblico (specificare la tipologia di sostegno) \_\_\_\_\_  
per un importo mensile di € \_\_\_\_\_.

**Si allega: Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente.**

**TRATTAMENTO DEI DATI:** Ai fini del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di privacy (RGPD 2016/679), si rende noto che, tutti i dati personali comunicati dai richiedenti, saranno trattati in modalità cartacea e/o informatica nel rispetto di quanto previsto dalle vigenti disposizioni normative e regolamentari in materia. I dati saranno utilizzati esclusivamente per le finalità di cui alla presente richiesta.

San Marzano sul Sarno, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_