

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
