



# Comune di Montefalcone Appennino

Provincia di Fermo

## DOMANDA PER CONCESSIONE BUONI SPESA EMERGENZA CORONAVIRUS – COVID-19

**(SCADENZA ORE 12:00 14/04/2020)**

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

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ cell. n. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 relativo a falsità in atti e dichiarazioni mendaci, e di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 D.P.R. n. 445/2000, e che, qualora emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decade dal diritto ai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiere, di cui all'art.75 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, fatte salve, in ogni caso, le sanzioni penali previste dall'art. 76;

CHIEDE

che gli/le siano concessi i buoni spesa per l'emergenza epidemiologica CODID 19 previsti dall'OCDP del 29/03/2020 a beneficio del proprio nucleo familiare come di seguito dichiarato e si impegna, in caso di assegnazione, ad utilizzarli ESCLUSIVAMENTE per l'acquisto di FARMACI, GENERI ALIMENTARI E BENI DI PRIMA NECESSITA'.

A tal fine:

DICHIARA

- Che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_ persone, come di seguito elencate:

Cognome -Nome	Luogo e data di nascita	Rapporto di parentela (coniuge, figlio, suocero/a, nipote)	Professione (lavoratore, disoccupato, pensionato, studente)

- La propria condizione di disagio conseguente all'attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi:

*[illustrare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione]*

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



# Comune di Montefalcone Appennino

*Provincia di Fermo*

- Di avere la seguente priorità, come indicato al punto 2 dell'avviso pubblico :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Di non essere assegnatario di altro sostegno pubblico.

- Di essere assegnatario di sostegno pubblico (Reddito di Cittadinanza, Reddito di Inclusione, CAS o altri benefici pubblici)

*[specificare il tipo di beneficio e il relativo importo mensile]*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta presso altro Comune del sostegno di cui alla presente istanza.

(N.B. Ai fini del presente bando, i coniugi che hanno residenze anagrafiche diverse, sono considerati un unico nucleo familiare, per cui un solo componente può fare istanza);

- di essere consapevole che i buoni spesa comunali che verranno concessi potranno essere utilizzati presso gli esercizi commerciali situati nel territorio del Comune di Montefalcone Appennino, iscritti nell'apposito elenco pubblicato nel sito istituzionale del Comune;

- di essere a conoscenza che il Comune di Montefalcone Appennino, in sede di istruttoria o successivamente all'erogazione dei buoni spesa, potrà esperire accertamenti tecnici ed ispezioni e ordinare esibizioni documentali per la verifica di quanto dichiarato;

- di essere consapevole che il trattamento dei propri dati viene svolto dal Comune di Montefalcone Appennino, per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nel rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento europeo sulla protezione dei dati personali n. 679/2016 (DGPR) e di autorizzare il trattamento dei propri dati.

- di aver preso visione e di accettare tutte le condizioni individuate dal Comune di Montefalcone Appennino che consentiranno l'accesso al beneficio di cui alla presente istanza

Data

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

**N.B. - E' obbligatorio allegare copia documento riconoscimento del richiedente e si raccomanda di compilare la domanda in ogni sua parte, pena esclusione.**