



COMUNE DI CAMMARATA
LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI AGRIGENTO

Istanza di accesso ad intervento socio-assistenziale Emergenza epidemia Covid19 – Misure di sostegno alle famiglie disagiate di cui al Decreto Legge n.154/2020 (cd Ristori-Ter) – “Buoni Spesa” per l’acquisto di generi di prima necessità in adesione all’avviso pubblico a sostegno del reddito delle famiglie in difficoltà economica .

Al Signor Sindaco
Comune di Cammarata
Via Roma

PEC: servizisociali@pec.comune.cammarata.ag.it

e-mail: servizisociali@comune.cammarata.ag.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 del D.P.R. 445/2000)

Il Sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ in _____

Codice fiscale _____ tel _____ Mail/Pec _____

nella qualità di intestatario della scheda anagrafica del proprio nucleo familiare, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, per l'accesso alle misure di sostegno previste disagiate di cui al Decreto Legge n.154/2020 (cd Ristori-Ter)

DICHIARA

che il sottoscritto e i componenti del proprio nucleo familiare si trovano nelle condizioni degli aventi diritto secondo quanto previsto nell'Avviso Prot.n. 1655 del Comune di Cammarata, relativo alle misure di sostegno per l'emergenza socio-assistenziale da COVID-19, e precisamente :

Di : (contrassegnare il numero d'interesse nel seguente prospetto);

1	Di essere residente nel Comune di Cammarata.
2	Nucleo familiare NON BENEFICIARIO di alcun tipo di sostegno o sussidio.
3	Nucleo familiare con tutti i soggetti adulti inoccupati/disoccupati e/o che hanno sospeso l'attività d'impresa a causa di Ordinanza Regionali, provvedimenti Nazionali es: DPCM,
4	Numero di componenti del nucleo familiare n.....
5	Presenza nel nucleo familiare di figli minori n.....
6	Presenza nel nucleo familiare di disabili con disabilità riconosciuta dall'ASP che, sebbene titolare di indennità non percepiscono redditi (indicare la percentuale)%
7	Presenza nel nucleo familiare di soggetti positivi al Covid-19 riconosciuti dall'ASP entro tre mesi dal presente avviso - positivi n.
8	Nucleo familiare in abitazione con canone di locazione pari ad €.....
9	Calcolo ISEE valido per l'anno 2021 - pari ad €.....

Che la composizione del proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è la seguente:

N.O.	Cognome e nome	Codice fiscale	Luogo e data di nascita	Residenza	Parentela	Attività svolta
1						
2						
3						
4						
5						
6						

CHIEDE

l'erogazione di **BUONI SPESA/VOUCHER** per l'acquisto di generi di prima necessità come previsto Misure di sostegno alle famiglie disagiate di cui al Decreto Legge n.154/2020 (cd Ristori-Ter) –

Consapevole che l'utilizzo di tali buoni per acquisti non conformi alle misure di sostegno emergenziali comporterà la decadenza dal diritto ad ulteriori buoni spesa.

Il dichiarante assume l'obbligo che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta al Comune in indirizzo, ovvero ad altro Comune.

Autorizza il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i., nonché alle Amministrazione competenti per la verifica delle autocertificazioni.

Luogo e data,

FIRMA

.....

A PENA DI INAMMISSIBILITA', E' NECESSARIO ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL DICHIARANTE .