

EMERGENZA SANITARIA LEGATA AL DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19
MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

Al Sindaco
del Comune di San Mauro di Saline
da inviare a mezzo mail all'indirizzo;
E-MAIL: segreteria@comune.sanmaurodisaline.vr.it
PEC: comune.sanmaurodisaline.vr@pecveneto.it
o consegnare nella cassetta postale presso il
Comune di San Mauro di Saline

La domanda di accesso al beneficio a valere sul Fondo di solidarietà alimentare può essere presentata solo da uno dei componenti del nucleo familiare.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a _____ () il
___/___/_____, residente a San Mauro di Saline (VR), Via/Piazza _____, n. _____, recapito
telefonico _____ Codice Fiscale _____, Carta d'identità n.
_____ rilasciata dal _____ valida fino al
_____ trovandosi in uno stato di bisogno che, allo stato, gli
preclude la possibilità di procurarsi ed acquistare generi alimentari e di prima necessità per sostenere il
proprio nucleo familiare,

CHIEDE

di poter accedere al beneficio dei "Buoni Spesa" di cui all'art. 2, del D.L. 23 novembre, n.154, per l'acquisto
di alimenti di prima necessità, con scadenza al 26.02.2020.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze
penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARA, PER SE' E/O PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

(barrare le voci che interessano):

- di essere residente nel Comune di _____;
- di essere percettore di Reddito di cittadinanza per un importo di € _____;
- di trovarsi nella condizione di disoccupato a far data dal ___/___/_____ e che prima di tale data era
impiegato presso _____ con la mansione di _____;
- di non avere accesso ad alcuna forma di sostegno alimentare (es. Banco Alimentare, Caritas, ecc.);
- di non percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare
pubblico;
- di percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare
pubblico nella misura mensile di € _____;
- di aver perso il lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati da Governo e
Regione Veneto in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19. A tal fine dichiara che
era impiegato presso _____, con la mansione di _____ e
che il rapporto si è interrotto in data ___/___/_____;
- di non aver richiesto e di non essere destinatario di alcuna delle misure di sostegno economico previste
dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto "Cura Italia") pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del

17/03/2020;

di aver richiesto, in data ____/____/____, l'accesso ad una delle misure di sostegno economico (specificare quale) previste dal D.L. 17/03/2020

n. 18 (c.d. Decreto "Cura Italia") pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020;

che il proprio nucleo familiare è composto da n. ____ componenti, di cui n. ____ figli di età pari a _____ e n. ____ altro, conformemente a quanto risultante dallo stato di famiglia;

che il reddito percepito nell'anno 2020 è stato pari ad € _____;

di non disporre di una giacenza bancaria/postale, alla data del 31.11.2020, superiore ad € 5.000,00=.

SI IMPEGNA

Ad utilizzare il buono spesa solo ed esclusivamente per l'acquisto di generi alimentari e/o prodotti di prima necessità, per la pulizia della persona, della casa e medicinali e non comprende alcolici, arredi e corredi.

PRENDE ATTO

Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto. I dati richiesti, che non rappresentano in alcun modo motivi di esclusione, sono necessari ai fini di dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici finalizzata all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare.

Il/La sottoscritto/a prende atto e dichiara di accettare, altresì, che, successivamente all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare, il Comune di San Mauro di Saline procederà alla messa a disposizione dei buoni spesa che verranno consegnati direttamente presso la propria residenza dai volontari.

La presente dichiarazione è esente dall'imposta di bollo (art. 37 del D.P.R. 445/2000).

San Mauro di Saline, _____

Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza il Comune di San Mauro di Saline al trattamento dei propri dati personali, esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all'art. 13 del D. Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dall'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

N.B.: Il Comune di San Mauro di Saline si riserva la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati, procedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente.