

**Al Comune di  
CAMPOROTONDO DI FIASTRONE**

PEC: [comune.camporotondodifiastrone@legalmail.it](mailto:comune.camporotondodifiastrone@legalmail.it)

eMail: [info@comune.camporotondodifiastrone.mc.it](mailto:info@comune.camporotondodifiastrone.mc.it)

**ISTANZA PER CONCESSIONE BUONI SPESA EMERGENZA CORONAVIRUS – COVID 19**

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 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 veritiera, 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;

**DICHIARA**

- 1) di essere  residente nel Comune di CAMPOROTONDO DI FIASTRONE;  
 domiciliato nel Comune di CAMPOROTONDO DI FIASTRONE e di non aver fatto la medesima richiesta presso il comune di residenza;
- 2) che nessun altro componente del nucleo familiare ha fatto né farà richiesta finalizzata ad ottenere il medesimo beneficio;
- 3) che il nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_ componenti effettivamente presenti;
- 4) Che :
- nessun componente del nucleo familiare è beneficiario di reddito di cittadinanza, reddito di inclusione, contributo di autonoma sistemazione, cassa integrazione ordinaria e/o in deroga, indennità di disoccupazione, beneficiario di pensione/assegni/indennità, percepita anteriormente al 23.02.2020

oppure

- il nucleo familiare beneficia di: *[indicare quali fra queste tipologie: (reddito di cittadinanza, reddito di inclusione, contributo di autonoma sistemazione, cassa integrazione ordinaria e/o in deroga, indennità di disoccupazione, pensione/ assegni/ indennità, percepito anteriormente al 23.02.2020]*

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ mensili

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ mensili

\_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_ mensili

- ha sottoscritto regolare contratto di locazione in data \_\_\_\_\_

*[compilare solamente in caso di percezione di Contributo Autonoma Sistemazione]*

5) che i componenti del nucleo familiare, eccetto i minori, non dispongono di liquidità su conti correnti bancari/postali, il cui saldo complessivo sia superiore ad € 10.000,00=:

6) che la situazione economica familiare prima dell'emergenza coronavirus era la seguente *(breve descrizione delle attività lavorative svolte dai singoli componenti del nucleo familiare ed il reddito mensile percepito, nonché, la data di cessazione della percezione del reddito)*:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

7) di essere a conoscenza che il Comune di CAMPOROTONDO DI FIASTRONE in sede di istruttoria o successivamente all'erogazione dei buoni spesa, potrà effettuare controlli e verifiche di quanto dichiarato;

8) di essere consapevole che il trattamento dei propri dati viene svolto dal Comune di CAMPOROTONDO DI FIASTRONE, 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 (GDPR) e che il responsabile per la conservazione dei dati è \_\_\_\_\_;

9) di accettare tutte le condizioni individuate dal Comune di CAMPOROTONDO DI FIASTRONE che consentiranno l'accesso al beneficio nonché, con la firma della presente istanza, il conferimento della delega al Comune di CAMPOROTONDO DI FIASTRONE in caso di accoglimento della presente istanza e limitatamente al contributo concesso, ad effettuare il pagamento del corrispettivo per buoni spesa direttamente al titolare/ai titolari dell'attività commerciale accreditata dal Comune;

a tal fine

### CHIEDE

l'erogazione di Buoni Spesa in proprio favore, a beneficio del proprio nucleo familiare come sopra dichiarato e si impegna, in caso di assegnazione accordata, ad utilizzarli ESCLUSIVAMENTE per l'acquisto di GENERI DI PRIMA NECESSITÀ ricompresi nell'elenco allegato al Disciplinare per la Concessione del Buono Spesa di cui all'O.C.D.P.C. n.658 del 29/03/2020.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Allega: copia fotostatica documento di riconoscimento in corso di validità