

Oggetto: istanza ammissione alle "misure urgenti di solidarietà alimentare" - "BUONO SPESA".

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ (____) il
____/____/____ residente a Castelbuono (PA), Via _____ n. _____,
telefono _____/_____ cellulare _____
e-mail: _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità,

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio in oggetto

DICHIARA che il proprio nucleo familiare

() si trova in stato di bisogno, causato o aggravato dagli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid19;

DICHIARA, inoltre, che uno o più dei componenti del nucleo familiare in età lavorativa:

- () è in stato di disoccupazione o in cerca di prima occupazione
- () ha un'occupazione part-time per un importo mensile di € _____
- () NON percepisce alcun ammortizzatore sociale (NASPI, DIS-COLL, Cassa Integrazione)
- () percepisce il seguente ammortizzatore sociale _____ per un importo pari ad € _____;
- () NON ha il riconoscimento del Reddito di Cittadinanza/REM ;
- () ha il riconoscimento del RdC/REM per un importo pari ad € _____;
- () percepisce la pensione di anzianità/vecchiaia per un importo pari a _____
- () NON è titolare di attività commerciale/artigianale/P.Iva

() di risiedere in abitazione in affitto con un canone mensile pari ad € _____ (ALLEGARE DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE)

() di sostenere le rate di pagamento per mutuo per la prima casa (ALLEGARE DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE)

() di possedere beni immobili concessi in locazione per un affitto mensile pari ad € _____ (ALLEGARE DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE)

• Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

ALLEGRO:

- COPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL DICHIARANTE IN CORSO DI VALIDITÀ;
- ALLEGARE CERTIFICAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITÀ
- ULTERIORE DOCUMENTAZIONE/DICHIARAZIONE RITENUTA UTILE PER L'AMMISSIBILITÀ AL BENEFICIO

Castelbuono _____

Firma
