



COMUNE DI SAN GIOVANNI DEL DOSSO
(Provincia di Mantova)

EMERGENZA EPIDEMIA COVID 19 – MISURA URGENTE DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SPESA A SOSTEGNO DEL REDDITO DELLE FAMIGLIE IN DIFFICOLTA' ECONOMICA, PER L'ACQUISTO DI BENI ALIMENTARI E DI PRIMA NECESSITA' PRESSO LE ATTIVITA' COMMERCIALI ADERENTI ALL'INIZIATIVA E FORNITURA DI PASTI A DOMICILIO.

ORDINANZA N. 658 DEL 29.03.2020 DEL DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE

(Allegato delibera G.C. n. 21 del 02/04/2020)

**Al Comune di San Giovanni del Dosso
Ufficio Servizi Sociali**

Il sottoscritto _____

nato a _____ provincia di _____

il _____, codice fiscale: _____

CHIEDE

L'erogazione del buono spesa di cui all'Ordinanza n. 658 del 29.03.2020 del dipartimento protezione civile nelle modalità disposte dalla Deliberazione di Giunta Comunale n. 21 del 02/04/2020. A tal fine

DICHIARA

Sotto la propria responsabilità pienamente consapevole delle conseguenze penali in merito a false dichiarazioni:

- di essere cittadino italiano, ovvero di essere cittadino: _____ (specificare);
 - di essere nato a _____ il _____;
 - di essere residente nel Comune di _____ Via _____ n. _____;
 - che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone compreso il capofamiglia;
 - che il Buono verrà utilizzato esclusivamente per l'acquisto di generi alimentari, di prima necessità e
-



COMUNE DI SAN GIOVANNI DEL DOSSO
(Provincia di Mantova)

farmaci, e/o fornitura di pasti a domicilio dal comune, con esclusione di acquisto di superalcolici, in ottemperanza all'ordinanza 658/2020 del Dipartimento di Protezione Civile;

DICHIARA INOLTRE

(barrare con attenzione SOLAMENTE le caselle interessate)

- di non percepire attualmente alcun reddito o pensione e di non percepire alcun ammortizzatore sociale;
- di trovarsi in temporanea e improvvisa difficoltà economica;
- di beneficiare del Reddito di Cittadinanza o Pensione di Cittadinanza o altro contributo continuativo pari ad euro _____

A completamento della presente domanda allega:

- a) saldo al 31 marzo 2020 di tutti i conti correnti /depositi bancari e /o postali intestati a ciascun componente del nucleo familiare. Qualora l'estratto non sia disponibile, allegare la liberatoria per i controlli bancari;
- b) eventuale autorizzazione/liberatoria per i controlli bancari
- c) fotocopia di un documento d'identità;

data luogo, _____
_____ Firma

In caso di impedimento del richiedente a firmare

lo sottoscritto _____ nato a il _____ documento di identità n. _____ rilasciato da _____ (allegato alla presente domanda) in qualità di:

- coniuge del richiedente il buono sociale;
 - figlio/a del richiedente il buono sociale;
 - parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado _____ (specificare);
 - amministratore di sostegno, curatore, tutore.
-



COMUNE DI SAN GIOVANNI DEL DOSSO
(Provincia di Mantova)

Sottoscrivo la presente richiesta a nome e per conto del Sig./della Sig.ra _____
impossibilitato alla firma per un impedimento temporaneo dovuto a problemi di salute.

Si allega:

fotocopia carta d'identità del firmatario.

Luogo , _____ Data _____

Firma

In caso di richiesta compilata con modalità telefonica dall'ufficio Servizi sociali

Io sottoscritto/a _____ nato/a a il _____ in qualità di:

- Assistente Sociale del Comune di San Giovanni del Dosso
- Istruttore ufficio servizi sociali del Comune di San Giovanni del Dosso

Sottoscrivo la presente richiesta a nome e per conto del Sig./della Sig.ra _____ che ha reso
la presente dichiarazione in modalità telefonica, stante l'impossibilità di inviarne una copia in modalità
telematica.

Luogo _____ data _____

Firma

Informativa ai sensi del regolamento UE 679/2016 "Codice in materia di protezione dei dati personali".
Ai sensi del regolamento UE 679/2016, ed in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno
oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue: il trattamento è indispensabile ai fini dell'accesso al
beneficio; il trattamento è realizzato da personale del Comune di residenza anche con l'ausilio di mezzi
informatici.