

Al Signor. SINDACO  
del COMUNE di FOLIGNANO

**DOMANDA DI ACCESSO AI BUONI SPESA UTILIZZABILI PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI  
IN ATTUAZIONE DELL'OCDPC N. 658 DEL 29.03.2020**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (Provincia/Stato \_\_\_\_\_) e residente nel Comune di  
Folignano in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**la concessione di buoni spesa per l'acquisto di generi alimentari.**

Preventivamente informato/a, che le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà rese in sede di domanda sono sottoposte a verifiche e controlli conformemente alla vigente normativa statale in materia e che le dichiarazioni non veritiere comporteranno la decadenza dal beneficio ed il recupero di quanto indebitamente percepito;

**DICHIARA**

I seguenti **dati anagrafici** alla data di presentazione della domanda,

**Barrare le caselle scelte e, dove richiesto, completare il formulario**

di essere residente nel Comune di FOLIGNANO

**Il possesso dei seguenti REQUISITI DI ACCESSO**

Che il nucleo familiare \* è composto da N. \_\_\_\_\_ COMPONENTI

COMPILARE I RIQUADRI UTILIZZANDO I SEGUENTI ESEMPI:

GRADO DI PARENTELA: figlio/a a carico; figlio/a; coniuge/convivente; fratello/sorella; padre/madre; suocero/a; cognato/a; altro convivente. PROFESSIONE: lavoratore dipendente; lavoratore in proprio; pensionato/a; casalinga/o; studente; non occupato/a; non indicata.

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

Cognome e nome	Reddito mensile contingente del mese di marzo al netto delle imposte**	Reddito da Partita Iva del mese di marzo	Altre entrate mensili (anche non imponibili)***	Totale spese sostenute****

\*TUTTI I COMPONENTI RESIDENTI NELL'ALLOGGIO OLTRE AL DICHIARANTE

\*\* Sono inclusi ammortizzatori sociali, canoni percepiti e assegni di mantenimento.

\*\*\* Sono inclusi pensioni, reddito di cittadinanza, reddito di inclusione, assegni, indennità di accompagnamento, assegni erogati ai ciechi civili, ai sordomuti e agli invalidi civili, pensioni sociali, voucher Inps, Contributo di autonoma sistemazione ...

\*\*\*\*Canone di locazione con contratto regolarmente registrato, mutuo non sospeso, spese certificate (assegni di mantenimento, finanziamenti), canone di locazione con contratto regolarmente registrato per studenti universitari non beneficiari di borsa di studio. In questo caso compilare la tabella sottostante.

Tipologia di spesa sostenuta nel mese di marzo	Importo

- **CHE L'IMPORTO DELLA GIACENZA COMPLESSIVA BANCARIA E/O POSTALE PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE E' PARI O INFERIORE A EURO € 10.000,00 ALLA DATA DEL 31 MARZO 2020**
- **DI ESSERE UNA PARTITA IVA MONOREDDITO CON SOSPENSIONE DELL'ATTIVITÀ A SEGUITO DELLE DISPOSIZIONI GOVERNATIVE, CON CODICE ATECO \_\_\_\_\_**

#### CHIEDE

Di essere ammesso al beneficio dei buoni spesa per beni di prima necessità da utilizzare presso gli esercizi commerciali del Comune di Folignano pubblicati sul sito web dell'Ente nell'apposita sezione.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_ 2020      Firma \_\_\_\_\_

ALLEGA COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO;

Per informazioni e supporto nella redazione della domanda sono a disposizione i seguenti recapiti:

0736/399734 dal lunedì al giovedì dalle 9.00 alle 12.00

0736/399706 martedì e giovedì dalle 9.00 alle 12.00, dalle 15.00 alle 17.00

La domanda va inviata all'indirizzo mail: [info@comune.folignano.ap.it](mailto:info@comune.folignano.ap.it) entro il **23 aprile 2020**.

La consegna a mano sarà consentita, solo in caso di assoluta impossibilità di utilizzare le modalità sopraindicate e previo appuntamento telefonico al fine di evitare assembramenti di persone, presso i Servizi Sociali del Comune di Folignano.