

# AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RICHIESTA DI EROGAZIONE BUONI SPESA PER ACQUISTO GENERI ALIMENTARI DI PRIMA NECESSITA'

Al Comune di Montaldo Torinese

Ufficio Servizi Sociali

**OGGETTO: Domanda di ammissione alle misure urgenti di solidarietà alimentare.**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in questo comune in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Identificato a mezzo (Documento d'identità) N. \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

Tel./cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

## chiede

di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare, definite da questa amministrazione a seguito dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, per l'erogazione di buoni spesa per acquisto di generi alimentari di prima necessità;

A tal fine, consapevole che **in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale** secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000);

## dichiara

che il proprio nucleo familiare è così composto:

N.	Nome	Cognome	Luogo di Nascita	Data di Nascita	Parentela
1					
2					
3					
4					
5					

**Dichiara** inoltre, che il sottoscritto o la propria famiglia si trovano in una delle seguenti situazioni – (indicare con una crocetta la voce o le voci che interessano):

- di far parte di un nucleo familiare particolarmente esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e di essere in stato di bisogno, in quanto:  
[illustrare sinteticamente le ragioni dello stato di bisogno]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Soggetti privi di qualsiasi reddito e/o copertura assistenziale in conseguenza di perdite di lavoro o di reddito in dipendenza dell'emergenza;
- Nuclei familiari monoreddito, derivante da lavoro dipendente in cui il datore di lavoro abbia

chiesto ammissione al trattamento di sostegno a reddito zero ore ai sensi D.L. 18/2020;

- Nuclei familiari monoreddito derivanti da attività autonoma il cui titolare abbia chiesto trattamento di sostegno al reddito ai sensi DL 18/2020;
- Nuclei familiari monoreddito derivante da lavoro dipendente il cui datore di lavoro abbia chiesto trattamento di sostegno a ridotto orario di lavoro;
- Nuclei familiari segnalati dai servizi socio-assistenziali che non siano beneficiari o titolari di trattamenti pensionistici;
- Nuclei familiari in carico ai servizi sociali, anche beneficiari del reddito di cittadinanza, sulla base dei bisogni rilevati a cura dell'Assistente sociale, con priorità per chi fruisce di un minore beneficio
- Nuclei familiari non titolari di alcun reddito;
- Di non beneficiare né di avere diritto ad alcuna misura di sostegno pubblico a favore del proprio nucleo familiare (nessun componente del nucleo);
- Di beneficiare delle seguenti misure di sostegno pubblico, direttamente o attraverso altro componente del nucleo familiare (*specificare: es. Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale*)

---

---

## DICHIARA

altresi

- Che allo stato si trova in condizione di assoluta mancanza di disponibilità economica;
- Che l'attuale situazione economica complessiva del nucleo familiare non è sufficiente a garantire l'acquisto di generi alimentari minimi necessari al fabbisogno della famiglia stessa;
- Di aver preso visione dell'Avviso pubblico e dei relativi criteri di ammissione al beneficio;
- Di impegnarsi a comunicare ogni variazione della situazione finanziaria dichiarata con il presente modulo;
- Di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016 ivi contenuta.

**Allega fotocopia carta d'identità** o di altro documento di identità ed autorizza i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (*es. anagrafe, servizi sociali ecc.*) e nazionali (*es. INPS, Guardia di Finanza ecc.*) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.

Autorizza il trattamento dei dati personali a mente della normativa nazionale e comunitaria in materia di privacy.

Lì, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

**SPAZIO RISERVATO AI SERVIZI SOCIALI**

Acquisiti i seguenti documenti:

- Visura relativa allo stato di famiglia anagrafico;
- Documenti relativi ad altri contributi comunali, regionali e nazionali
- .....

l'istante:

- Viene ammesso ai seguenti benefici:
- Viene escluso da ogni beneficio per i seguenti motivi:

---

---

---

Lì, \_\_\_\_\_

Il Responsabile del servizio

---