

Visto l'indirizzo dato dall'Assemblea dei Sindaci del Distretto n. 1 di Vibo Valentia, con il quale è stato disposto l'utilizzo del Fondo Povertà – anno 2018 – ed è stato dato mandato al Responsabile dell'Ufficio di Piano di attivare tutte le procedure per la concessione di **“buoni spesa utilizzabili per acquisto di generi alimentari” o direttamente “generi alimentari o prodotti di prima necessità”** da destinare alle famiglie che a causa dell'emergenza Covid – 19 versano in gravi difficoltà economiche;

il sottoscritto:

Cognome Nome	
Luogo e Data di nascita	
Codice Fiscale	
Indirizzo Residenza	
Telefono - cellulare	

C H I E D E

Di poter usufruire di **“buoni spesa utilizzabili per acquisto di generi alimentari”**.

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle responsabilità penali, per le false dichiarazioni, da falsità negli atti o l'uso di atti falsi,

D I C H I A R A

- ☐ Di versare nelle condizioni di disagio causa emergenza COVID – 19 in quanto (risposta obbligatoria):

- ☐ Di non aver presentato analoga istanza nel proprio comune di residenza (per i domiciliati in comuni diversi):

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE:

Indicare per ciascuno componente occupato/disoccupato la tipologia di entrata economica mensile: (stipendio, reddito cittadinanza, mobilità, pensione, servizio civile e/o ogni altro intervento o agevolazione statale ecc.)

RUOLO	COGNOME E NOME	data nascita	Svolge attività lavorativa SI/NO	Gode di sostegni pubblici SI/NO
Intestatario				
Coniuge				
Figlio/a				
Figlio/a				
Figlio/a				
Figlio/a				
Figlio/a				
Altro parente				

SITUAZIONE PATRIMONIALE

RUOLO	cognome e nome	Possidenze patrimoniali immobiliari SI/NO	Rendite derivanti dalle stesse SI/NO	Mutui in corso SI/NO	Titoli azionari o obbligazionari SI/NO	depositi bancari o postali anche su conti correnti di importo superiore ad euro 2.000
Intestatario						
Coniuge						
Figlio/a						
Figlio/a						
Figlio/a						
Figlio/a						
Figlio/a						
Altro parente						

ALLEGA

Copia del documento di identità in corso di validità del richiedente il contributo (obbligatorio).

INFORMATIVA PRIVACY.

Informato, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione, i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art.84 del citato Regolamento UE 2016/679, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi, il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento, per motivi legittimi, rivolgendosi al titolare e responsabile del trattamento dei dati presso il Distretto Sanitario competente.

DICHIARAZIONE DEL CONSENSO: Consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, presto il consenso al trattamento dei dati personali.

N.B. la presente DICHIARAZIONE è soggetta ai controlli di legge da parte delle Autorità preposte: FORZE DELL'ORDINE / POLIZIA MUNICIPALE / GUARDIA DI FINANZA.

Stefanaconi, lì _____

Firma del Richiedente _____