

COMUNE DI CAMIGLIANO

Provincia di Caserta



Spett.le Comune di Camigliano
Area Amministrativa
81050 Camigliano(CE)

EMERGENZA COVID-19 - BUONI SPESA UTILIZZABILI PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI DOMANDA DI PARTECIPAZIONE (Scad. 13/05/2020)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a

_____ il ____ / ____ / ____ residente in _____ alla

Via/Piazza _____ n° _____ Tel. _____

Codice fiscale: _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n° 445 del 28 dicembre 2000, consapevole che tutte le dichiarazioni rese con la presente domanda sono riferite alla data di presentazione della domanda stessa, avendo preso sufficiente visione dell'avviso pubblico e accettandone incondizionatamente condizioni e prescrizioni ivi contemplate, con particolare riferimento alle modalità operative e di assegnazione dei buoni spesa, nonché all'utilizzo dello stesso

CHIEDE

di poter accedere alla fruizione dei buoni spesa utilizzabili per l'acquisto di generi alimentari, di cui all'ordinanza n. 658/2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile.

A tal fine, dichiara:

- di essere residente nel Comune di Camigliano alla data di pubblicazione dell'Avviso, in immobile (**BARRARE LA CASELLA**):

di proprietà

in locazione, con canone mensile di € _____;

- che il proprio nucleo familiare:

- si trova **in stato di bisogno** a seguito dell'emergenza COVID-19, per il seguente motivo

- **BARRARE LA CASELLA -:**

chiusura o sospensione di attività lavorativa, propria o svolta in qualità di dipendente;

non aver ottenuto ammortizzatori sociali o non poter accedere a forme di ammortizzatori sociali

COMUNE DI CAMIGLIANO

Provincia di Caserta

assenza di fonti di sostentamento

· è composto da nr. ____ componenti, di cui N. ____ minori, come di seguito indicati:

| n. Ord. | COGNOME E NOME | Nascita | | Rapporto col dichiarante |
|---------|----------------|---------|-------|--------------------------|
| | | data | Luogo | |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |

non è già assegnatario di sostegno pubblico

Oppure

è già assegnatario di sostegno pubblico (specificare la tipologia di sostegno)
_____ per un importo mensile di € _____

- di essere a conoscenza che il buono spesa è spendibile solo per alimentari e generi di prima necessità presso i punti vendita che saranno comunicati dal Comune.

- di voler ricevere ogni comunicazione al seguente indirizzo di posta elettronica:

Si allega: Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;

TRATTAMENTO DEI DATI: Ai fini del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di privacy (RGPD 2016/679), si rende noto che, tutti i dati personali comunicati dai richiedenti, saranno trattati in modalità cartacea e/o informatica nel rispetto di quanto previsto dalle vigenti disposizioni normative e regolamentari in materia. I dati saranno utilizzati esclusivamente per le finalità di cui alla presente richiesta.

Luogo e data: _____, ____/____/____

Firma
