

***Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà presentata
(ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28.12.2000 n.445)***

DATI RICHIEDENTE

1 sottoscritto/a nato/a
il cittadinanza residente a.....
via..... n. dal recapito telefonico
recapito e-mail:c.f.
domicilio (se diverso dalla residenza)
Identificato a mezzo di n.
rilasciato da in data

**RICHIESTE DI ESSERE AMMESSO/A A PARTECIPARE AD INTERVENTI
DI SOLIDARIETA' ALIMENTARI DI CUI ALL'AVVISO PUBBLICO PER
L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SPESA A SOSTEGNO DEL REDDITO
DELLE FAMIGLIE IN DIFFICOLTÀ ECONOMICA PER L'ACQUISTO DI
BENI ALIMENTARI PRESSO LE LOCALI ATTIVITÀ COMMERCIALI**

ai sensi dell'Ordinanza n. 658 del 29.03.2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri che prevede risorse da destinare a misure urgenti di solidarietà alimentare ed all'ordinanza di protezione civile del Sindaco del Comune di Pinasca n. 17 del 03.04.2020.

a tal fine dichiara:

- di non essere beneficiario di altri sostegni pubblici;*
- di beneficiare dei seguenti altri sostegni pubblici o privati (Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale e regionale contributo previsti dal d.l. 17 del 03/2020 n. 18 "Cura Italia")*

per un ammontare mensile pari ad euro _____

- di beneficiare di reddito di cittadinanza per un importo mensile pari ad euro _____*
- di non aver presentato la domanda di reddito di cittadinanza per i seguenti motivi:*

- di essere attualmente senza fonti di sostentamento di qualsiasi genere e di non avere la possibilità di acquistare, per sé e per il proprio nucleo, i generi alimentari di prima necessità;*

a tal fine:

- consapevole delle conseguenze penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000),*
- consapevole che quanto ha dichiarato potrà essere oggetto di accertamento e verifica da parte degli organi competenti, ai sensi degli artt.46,47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445 sopra citato*

DICHIARA

che il nucleo familiare del beneficiario dell'intervento, come risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è così composto e presenta la seguente situazione:

<i>COGNOME E NOME</i>	<i>GRADO PARENTELA</i>	<i>DATA DI NASCITA</i>	<i>CITTADINANZA</i>	<i>PROFESSIONE/ DISOCCUPATO DAL</i>	<i>REDDITO MENSILE</i>	<i>% INV.CIV</i>

DICHIARA

che l'ISEE del nucleo familiare del beneficiario dell'intervento è pari a €..... con scadenza

assenza ISEE: (specificare la motivazione)

Dichiara inoltre i seguenti fatti, condizioni che hanno determinato la situazione di bisogno:

[.....
.....
.....
.....

Con la sottoscrizione della presente il dichiarante autorizza i servizi sociali dell'Unione Montana dei Comuni delle Valli Chisone e Germanasca e il Comune di Pinasca al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attribuzione del beneficio in oggetto, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/79 e del D.lgs. 196/2003.

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A COMUNICARE IMMEDIATAMENTE AL COMUNE DI PINASCA EVENTUALI VARIAZIONI DELLA PROPRIA CONDIZIONE CHE COMPORINO IL VENIRE MENO DELLA NECESSITA' DI ESSERE DESTINATARIO DELLE PROVVIDENZE RELATIVE ALL'INIZIATIVA DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE ALL'INTERNO DEL PERIODO DI DURATA DELLA MEDESIMA.

Data: Li.....

IL RICHIEDENTE

Allego copia carta d'identità in corso di validità