



# COMUNE DI SANT'ANGELO LE FRATTE

(Provincia di Potenza)

## EMERGENZA SANITARIA LEGATA AL DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19 MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

Al Comune di Sant'Angelo Le Fratte  
Email: [ufficio.servizisociali@comune.santangelolefratte.pz.it](mailto:ufficio.servizisociali@comune.santangelolefratte.pz.it)  
WhatsApp al numero 3931700011

### **RICHIESTA ASSEGNAZIONE "BUONI SPESA" DI CUI ALL'ORDINANZA DEL CAPO DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29/03/2020**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_  
cellulare \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_

#### **CHIEDE**

Per se stesso o per il proprio nucleo familiare (convivente) di poter accedere al beneficio del "Buono Spesa" di cui all'art. 1, comma 3, dell'Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, per l'acquisto di prodotti alimentari e di prima necessità.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del su citato D.Lgs. 445/2000

#### **DICHIARA**

(barrare le voci che interessano):

- di essere residente nel Comune di Sant'Angelo Le Fratte;
- che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_ componenti, conformemente a quanto risultante dallo stato di famiglia;

- che nessun componente del nucleo familiare percepisce altre forme di sostegno al reddito erogate da Enti Pubblici;
- di percepire forme di sostegno economico quali: RdC, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale  
*Specificare* \_\_\_\_\_,  
dell'importo mensile di € \_\_\_\_\_
- di non percepire altre forme di sostegno e che nel nucleo familiare tutti i componenti sono disoccupati o inoccupati;
- di non avere accesso ad alcuna forma di sostegno alimentare (es. Banco Alimentare, Caritas, ecc.);
- di non aver richiesto e di non essere destinatario di alcuna delle misure di sostegno economico previste dal D.L. 2 marzo 2020 n. 9 (G.U. n. 53 del 2.3.2020) e D.L. 17 marzo 2020 n.18 (G. U. n. 70 del 17.03.2020);
- che l'attuale disponibilità economica in riferimento ad entrate recenti e/o giacenza su c/c o altri strumenti di deposito immediatamente smobilizzabili non consentono l'approvvigionamento di generi alimentari o di prima necessità.

Eventuali note: \_\_\_\_\_

---

Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto. I dati richiesti, che non rappresentano in alcun modo motivi di esclusione, sono necessari ai fini di dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici, finalizzata all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare.

Allega alla presente copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Sant'Angelo Le Fratte, \_\_\_\_\_

*Firma*

---

*Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza il Comune di Sant'Angelo Le Fratte al trattamento dei propri dati personali, esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all'art. 13 del D.Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dall'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).*

N.B.: Il Comune di Sant'Angelo Le Fratte si riserva la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati, procedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente.