

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

MODELLO ISTANZA DI ACCESSO AI "BUONI SPESA" DI CUI ALL'ORDINANZA DEL CAPO DIPARTIMENTO DELLA
PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29/03/2020

Al Sindaco del Comune di SCAFATI

(da inviare a **solo uno** dei seguenti indirizzi PEC)

suap.scafati@asmepec.it

servizicittadino.scafati@asmepec.it

oppure da inviare

(a **solo uno** dei seguenti indirizzi email)

appaltiscafati@libero.it

anna.sorrentino@comune.scafati.sa.it

matilde.carillo@comune.scafati.sa.it

sara.esposito@pianodizonascafati.it

pasqualina.ambrosio@pianodizonascafati.it

annamaria.sergio@comune.scafati.sa.it

anna.fontanella@comune.scafati.sa.it

La domanda di accesso al beneficio a valere sul Fondo di solidarietà alimentare può essere presentata solo da uno dei componenti del nucleo familiare (Capofamiglia)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a

a _____ () il _____ - _____ residente a Scafati

Via/Piazza _____ n. _____,

recapito telefonico _____ C.F. _____

trovandosi in uno stato di bisogno che, allo stato, gli preclude la possibilità di procurarsi ed acquistare generi alimentari e di prima necessità per sostenere il proprio nucleo familiare,

CHIEDE

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 alimenti di prima necessità.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci,

DICHIARA, PER SE'E PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

(barrare le voci che interessano):

☐ di essere residente nel Comune di Scafati;

☐ di essere percettore di Reddito di cittadinanza per un importo di € _____;

☐ di trovarsi nella condizione di disoccupato a far data dal _____ e che prima di tale data era impiegato presso _____ con la mansione di _____;

☐ di non avere accesso ad alcuna forma di sostegno alimentare (es. Banco Alimentare, Caritas, ecc.);

☐ di non percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare pubblico;

☐ di percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare pubblico nella misura mensile di € _____;

☐ di aver perso il lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati da Governo e Regione Campania in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19. A tal fine dichiara che era impiegato presso _____, con la mansione di _____ e che il rapporto si è interrotto in data _____;

☐ di non aver richiesto e di non essere destinatario di alcuna delle misure di sostegno economico previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto "Cura Italia") pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020;

☐ di aver richiesto, in data _____, l'accesso ad una delle misure di sostegno economico - _____ (specificare quale) previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto "Cura Italia") pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020;

☐ che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ componenti, di cui n. _____ figli e n. _____ altro, conformemente a quanto risultante dallo stato di famiglia;

☐ che il reddito mensile percepito dall'intero nucleo familiare nel mese di marzo 2020 è stato pari

€ _____;

☐ 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;

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

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.

Il/La sottoscritto/a prende atto e dichiara di accettare, altresì, che, successivamente all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare, il Comune di Scafati procederà alla messa a disposizione dell'importo riconosciuto soltanto una volta ricevuto l'accredito delle risorse necessarie da parte dello Stato.

DATA

FIRMA

Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza il Comune di Scafati 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 Scafati 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.