



COMUNE DI MONTICELLI D'ONGINA

PROVINCIA DI PIACENZA

DOMANDA DI CONCESSIONE DEL BUONO SPESA – EMERGENZA COVID 19

(di cui all'OCDCPC N. 658 del 29/03/2020)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

identificato/a mezzo _____

numero _____

rilasciata da _____ in data _____

Residente a Monticelli d'Ongina in Via/Piazza _____ n. _____

Telefono: _____

Indirizzo mail: _____

C.F. _____

CHIEDE

Di poter beneficiare della concessione dei buoni spesa di cui all' art. 2, D.L. 154/2020 e all'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, adottata al fine di fronteggiare i bisogni alimentari dei nuclei familiari privi della possibilità di approvvigionarsi di generi di prima necessità, a causa dell'emergenza derivante dall'epidemia COVID-19.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici;

DICHIARA

di trovarsi in stato di bisogno per gli effetti economici derivanti dall'emergenza sanitaria coronavirus e di essere nella situazione di seguito autocertificata;

- o che il proprio nucleo familiare è così composto:

| COGNOME E NOME | DATA E LUOGO DI NASCITA | RELAZIONE PARENTALE | OCCUPAZIONE |
|----------------|-------------------------|---------------------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |



COMUNE DI MONTICELLI D'ONGINA

PROVINCIA DI PIACENZA

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |

- di non percepire (nel proprio nucleo familiare) alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale
- di beneficiare del seguente sussidio (es: reddito di cittadinanza, NASPI) _____ di importo pari ad €. _____
- di avere un reddito mensile pari ad € _____ non sufficiente a rispondere alle esigenze del nucleo familiare

• **La propria attuale condizione lavorativa (specificare quale e la data di sospensione dell'attività):**

- Dipendente _____
- Libero professionista _____
- Artigiano _____
- Altro _____

SI IMPEGNA

a tenere a disposizione, per **successivi controlli**, la documentazione comprovante l'evidente stato di necessità e a fornire la propria disponibilità a rispondere a successive richieste di chiarimenti

DICHIARA INOLTRE

- di aver preso visione di quanto indicato nel presente modulo, di averlo compreso e di accettarlo in tutte le sue parti;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di **Tutela della Privacy**.
- di autorizzare esplicitamente il Comune di Monticelli d'Ongina al **trattamento dei dati personali e sanitari** conferiti ai fini del presente procedimento ed in particolare la conservazione e **la trasmissione alle figure professionali, commissioni, ed enti (soggetti Terzi) coinvolti nelle procedure previste per le azioni richieste** al fine dell'erogazione del servizio di emergenza alimentare.
- Di **accettare integralmente e senza riserva alcuna** tutte le modalità di erogazione del servizio stesso, la durata, le soluzioni, anche estemporanee, adottate in emergenza e contingenza, determinate di volta in volta dal Comune di Monticelli d'Ongina.

- **Di voler effettuare l'acquisto di generi alimentari di prima necessità presso il seguente esercizio commerciale (barrare una scelta):**

- Bennet Castelvetro P.no
- COOP Monticelli d'Ongina

LUOGO E DATA

IL DICHIARANTE