Oggetto: **Richiesta buoni spesa previsti dall’art. 2 del Dl. N. 154 del 23/11/2020 “Decreto Ristori ter”**

Il/la Sottoscritto/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cod. Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Residente a CORREZZANA in via/piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_

in riferimento alla disposizione di cui in oggetto riguardante il riparto delle ulteriori risorse per solidarietà alimentare stanziate a seguito dell’emergenza Covid-19, consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 del DPR 445/2000

**C H I E D E**

la concessione dei buoni spesa utilizzabili per l’acquisto di generi alimentari e di prima necessità e a tal fine

**DICHIARA**

1. che i componenti del proprio nucleo familiare, compreso il/la Sottoscritto/a, sono:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Data di Nascita** | **Grado di Parentela** | **Professione** *(vedi sotto)* | **% Disabilità** |
|  |  | DICHIARANTE |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Nella colonna “professione” indicare: “PUB” se dipendente pubblico a tempo indeterminato; “IND” se lavoratore dipendente a tempo indeterminato nel settore privato; “DET” se lavoratore dipendente a tempo determinato nel settore privato o pubblico; “AUT” se lavoratore autonomo, parasubordinato o precario (contratti a termine, in somministrazione…); “IMP” se imprenditore; “PEN” se titolare di pensione; “DIS” se disoccupato; “STU” se studente; “CAS” se casalinga.*

2. che il/la Sottoscritto/a e/o i componenti del nucleo familiare *(barrare le caselle e indicare gli importi mensili):*

□ sono beneficiari di Reddito o Pensione di Cittadinanza €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ sono beneficiari di Assegno di Invalidità / di Accompagnamento €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ sono beneficiari di altra forma di sostegno al reddito €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ NON sono beneficiari di alcuna forma di sostegno al reddito.

3. che le entrate economiche complessive del nucleo familiare a partire dal 01 Ottobre 2020 a oggi ammontano a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. che il proprio nucleo familiare, a seguito dell’emergenza Covid-19, si trova in una delle seguenti condizioni:

□ perdita del lavoro (licenziamento / chiusura dell’azienda / cessazione attività)

□ consistente riduzione delle entrate economiche a seguito dei provvedimenti restrittivi legati all’emergenza sanitaria

□ nucleo familiare monoreddito

□ nucleo familiare privo di qualsiasi fonte di reddito

5. che i buoni spesa concessi saranno utilizzati presso gli esercizi commerciali disponibili ad accettarli, per l’acquisto di generi alimentari e di prima necessità;

6. di prendere atto che il Comune si riserva la facoltà di assegnare i buoni spesa proporzionalmente ai componenti del nucleo familiare e in base al numero delle richieste pervenute;

7. di segnalare, come preferenza indicativa, di accedere al contributo richiesto tramite *(barrare solo UNA scelta):*

□ carta prepagata Esselunga;

□ buoni spesa comunali da spendere presso gli esercizi convenzionati;

7. di allegare copia della Carta di Identità in corso di validità;

8. di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali, inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati, avendo preso visione dell’Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE sotto riportata.

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante *(leggibile e per esteso)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il presente modulo, debitamente compilato in ogni sua parte (pena inammissibilità) e allegando copia della Carta di Identità del richiedente in corso di validità, va inviato entro e non oltre il 21 Dicembre 2020:

* Per mail a: servizisociali@comune.correzzana.mb.it
* Tramite WhatsApp a: 392 44 82 821
* A mano agli Uffici Comunali, previo appuntamento telefonico al numero 039 60 65 373

**Informativa privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE**

Si comunica che tutti i dati personali (comuni, identificativi, particolari e/o giudiziari) comunicati al Comune di Correzzana saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE e del D.Lgs. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. 101/2018.Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici. Il Titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Correzzana. L'’Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE. L’informativa completa, redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE, è reperibile presso gli uffici dell'Ente e consultabile sul sito web dell’Ente.