

**Oggetto: Richiesta di accesso al buono spesa di cui all'Art.2 Decreto Legge n.154 del 23/11/2020 e all'O.C.D.P.C. del 29 marzo 2020.**

Il/La sottoscritto/a (Nome e cognome) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente in Monte Romano Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ Indirizzo pec \_\_\_\_\_

**se non residente nel Comune di Monte Romano indicare :**

il domicilio nel Comune di Monte Romano Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ attuale Comune di residenza \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ Indirizzo pec \_\_\_\_\_  
specificare la motivazione del domicilio nel Comune di Monte Romano: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso alla graduatoria per la concessione di buoni spesa di cui all'O.C.D.P.C. del 29 marzo 2020:

- Buoni spesa per acquisto generi di prima necessità
- Farmaci e/ parafarmaci

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere verranno applicate le sanzioni penali previste e la decadenza dal beneficio ottenuto (artt. 76 e 75 D.P.R. n° 445 del 28/12/2000), sotto la sua personale responsabilità, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

- Di non avere risorse economiche disponibili per poter provvedere all'acquisto di generi di prima necessità e/o farmaci e parafarmaci, per motivazioni collegabili all'emergenza sanitaria da pandemia causata dal virus Covid-19 (es. chiusura/sospensione attività lavorativa, specificare codice ATECO, ecc):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ❑ che né lui/lei né gli altri componenti del nucleo sono già assegnatari di altre misure pubbliche di sostegno al reddito compreso il reddito di cittadinanza (sono escluse quelle previste dalle norme relative al contenimento della epidemia da Covid-19).

**oppure**

- ❑ che tali misure pubbliche di sostegno al reddito percepite dal nucleo non sono sufficienti per far fronte ai bisogni primari della famiglia ( ai sensi dell'art. 4 del disciplinare è necessaria certificazione dei servizi sociali comunali)
- ❑ che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_ componenti, di cui n. \_\_\_\_ figli minori, conformemente a quanto risultante dallo stato di famiglia;

**Di trovarsi in una o più delle seguenti condizioni**

|    | <b>CRITERI</b>   | <b>Barrare le voci che interessano</b> |
|----|--|--|
| a) | presenza di ultra sessantacinquenni nel nucleo familiare oppure di bambini fino a 6 anni |  |
| b) | portatori di handicap nel nucleo familiare   |  |
| c) | presenza di soggetti affetti da patologie croniche nel nucleo familiare                  |  |
| d) | numero di componenti del nucleo familiare  |  |

**DICHIARA ALTRESI'**

di essere consapevole che la presente domanda di partecipazione non costituisce vincolo o certezza di ricevere il beneficio richiesto.

Si allega:

- copia del documento di riconoscimento del dichiarante
- copia del permesso di soggiorno (solo per i cittadini di paesi non facenti parte dell'unione europea o apolidi).

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B.: Il Comune di Monte Romano 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.**

*Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza il Comune di Monte Romano 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).*

Firma

Data

\_\_\_\_\_