**COMUNE DI PONTELANDOLFO**

**PROVINCIA DI BENEVENTO**

VIA MUNICIPIO – C.A.P. 82027

# C.F.: 80000360620

  www.comune.pontelandolfo.bn.it  0824 / 851844

 info@comune.pontelandolfo.bn.it  0824 / 851101

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **MODELLO A**

EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA VIRUS COVID-19

RICHIESTA BUONI SPESA PER L’ACQUISTO GENERI ALIMENTARI E PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA’ PER PERSONE IN DIFFICOLTA’

(Ordinanza Protezione Civile n. 658 del 29 marzo 2020)

ISTANZA DICHIARAZIONE

**(AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 D.P.R.N. 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome | Nome | Codice fiscale |
|  |  |  |
| Telefono fisso | Luogo di nascita | Data di nascita |
|  |  |  |
| Residente a | Via/Piazza | N. civico |
| PONTELANDOLFO |  |  |
|  |
| Indirizzo e-mail |
|  |  |  |
| Numero di telefono cellulare (obbligatorio) ove essere contattato |
|  |  |  |

**CHIEDE**

Di accedere al beneficio dei **BUONI SPESA** di cui all’**Avviso Pubblico del 04.03.2021**

**A TAL FINE**

Consapevole delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti ( art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti

**DICHIARA**

**Che il sottoscritto o altro componente del nucleo familiare non ha già presentato istanza di dichiarazione per accedere al beneficio dei buoni spesa di cui all’avviso del 17.12.2020**

Che il nucleo familiare è così composto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome | Nome | Luogo e Data di nascita | Rapporto di parentela con il richiedente |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **PRESENZA DI DISABILI (SUPERIORE AL 66% E/O TITOLARI DI L. 104/1992):**
* **N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
* **N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
1. **NUCLEO FAMILIARE CON ABITAZIONE IN AFFITTO:**
* Per coloro che hanno un regolare contratto di locazione nel Comune di Pontelandolfo
* SI
* NO
1. **NUCLEO FAMILIARE CON ABITAZIONE DI PROPRIETA’ GRAVATA DA MUTUO**
* Per coloro che nel Comune di Pontelandolfo hanno la prima abitazione, di proprietà, soggetta a mutuo da parte di Istituto di Credito con RATEO MENSILE
* SI
* NO
1. Che il nucleo familiare non percepisce alcuna altra forma di contributo pubblico o privato;
2. Che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato domanda per accedere alla presente misura;
3. Di essere consapevole che le dichiarazioni sopra riportate potranno essere oggetto di verifica e controllo per il quale l’Ente potrà avvalersi della Guardia di Finanza, dell’INPS e dell’Agenzia delle Entrate;
4. Di autorizzare il trattamento dei propri dati personali nella consapevolezza che gli stessi saranno trattati esclusivamente per finalità connesse alla presente procedura ai sensi del d. Lgs. n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679.

Si ricorda che potranno essere effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000) e che in caso di dichiarazioni mendaci si incorrerà nelle responsabilità penali previste dalla normativa vigente.

Il sottoscritto, consapevole di quanto sopra dichiarato, in casi di assegnazione del buono spesa

**ACCETTA QUANTO SEGUE**

1. Il beneficio verrà erogato sottoforma di buono spesa, *una tantum,* che potrà essere utilizzato solo ed esclusivamente negli esercizi commerciali convenzionati di Pontelandolfo che hanno aderito all’iniziativa **ESCLUSIVAMENTE** per l’acquisto dei seguenti beni di prima necessità;
2. Verrà comunicato da parte dell’Ufficio Amministrativo l’ammissione al beneficio;
3. A seguito della comunicazione il beneficiario sceglierà tra gli esercizi convenzionati quello dove utilizzare il buono spesa.

Pontelandolfo, Il Richiedente/Dichiarante

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente.