**COMUNE DI PONTELANDOLFO**

**PROVINCIA DI BENEVENTO**

VIA MUNICIPIO – C.A.P. 82027

# C.F.: 80000360620

 www.comune.pontelandolfo.bn.it  [comune.pontelandolfo@pec.it](mailto:comune.pontelandolfo@pec.it)

 0824 / 851844  [info@comune.pontelandolfo.bn.it](mailto:info@comune.pontelandolfo.bn.it)

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

**MODELLO C**

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 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Che il nucleo familiare percepisce complessivamente un reddito netto pari ad **€ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (inferiore a 1.000,00 per poter accedere al beneficio);

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;

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 sotto forma 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**