

*AL COMUNE DI POSTUA*

**DICHIARAZIONE DELLE CONDIZIONI PER L' EROGAZIONE BUONI SPESA PER ALIMENTARI**

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_  
COGNOME

\_\_\_\_\_  
NOME

\_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA

\_\_\_\_\_  
LUOGO DI NASCITA

\_\_\_\_\_  
INDIRIZZO DI RESIDENZA

\_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE

\_\_\_\_\_  
TELEFONO

\_\_\_\_\_  
E-MAIL

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del DPR 445/2000),

DICHIARA

Che il proprio nucleo si trova in **difficoltà economica causate dall'emergenza Coronavirus** in quanto **ha subito importanti conseguenze economiche** sulla capacità di produrre il reddito e una riduzione della liquidità necessaria al sostentamento della propria famiglia

DICHIARA INOLTRE

Che il proprio nucleo familiare anagrafico è composto dalle seguenti persone che si trovano nella condizione lavorativa indicata (vedi tabella) e sono titolari di:

1) SE STESSO

\_\_\_\_\_  
OCCUPATO / PENSIONATO / IMPRENDITORE / STUDENTE / INVALIDO / DISOCCUPATO

SI      NO

\_\_\_\_\_  
POSSESSO DI CONTI CORRENTI BANCARI, POSTALI, LIBRETTI DI RISPARMIO

€

\_\_\_\_\_  
SALDO AL 30/09/2021

\_\_\_\_\_  
ENTRATE DEGLI ULTIMI 30 GIORNI (STIPENDIO / PENSIONE / INVALIDITA' / INDENNITA'/ALTRO (specificare)

2)

\_\_\_\_\_  
COGNOME NOME

\_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA

\_\_\_\_\_  
OCCUPATO / PENSIONATO / IMPRENDITORE / STUDENTE / INVALIDO / DISOCCUPATO

SI NO € \_\_\_\_\_  
POSSESSO DI CONTI CORRENTI BANCARI, POSTALI, LIBRETTI DI RISPARMIO SALDO AL 30/09/2021

\_\_\_\_\_  
ENTRATE DEGLI ULTIMI 30 GIORNI (STIPENDIO / PENSIONE / INVALIDITA' / INDENNITA')

3)

\_\_\_\_\_  
COGNOME NOME

\_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA

\_\_\_\_\_  
OCCUPATO / PENSIONATO / IMPRENDITORE / STUDENTE / INVALIDO / DISOCCUPATO

SI NO € \_\_\_\_\_  
POSSESSO DI CONTI CORRENTI BANCARI, POSTALI, LIBRETTI DI RISPARMIO SALDO AL 30/09/2021

\_\_\_\_\_  
ENTRATE DEGLI ULTIMI 30 GIORNI (STIPENDIO / PENSIONE / INVALIDITA' / INDENNITA')

4)

\_\_\_\_\_  
COGNOME NOME

\_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA

\_\_\_\_\_  
OCCUPATO / PENSIONATO / IMPRENDITORE / STUDENTE / INVALIDO / DISOCCUPATO

SI NO € \_\_\_\_\_  
POSSESSO DI CONTI CORRENTI BANCARI, POSTALI, LIBRETTI DI RISPARMIO SALDO AL 30/09/2021

\_\_\_\_\_  
ENTRATE DEGLI ULTIMI 30 GIORNI (STIPENDIO / PENSIONE / INVALIDITA' / INDENNITA')

5)

\_\_\_\_\_  
COGNOME NOME

\_\_\_\_\_  
DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA

\_\_\_\_\_  
OCCUPATO / PENSIONATO / IMPRENDITORE / STUDENTE / INVALIDO / DISOCCUPATO

SI NO € \_\_\_\_\_  
POSSESSO DI CONTI CORRENTI BANCARI, POSTALI, LIBRETTI DI RISPARMIO SALDO AL 30/09/2021

\_\_\_\_\_  
ENTRATE DEGLI ULTIMI 30 GIORNI (STIPENDIO / PENSIONE / INVALIDITA' / INDENNITA')

## CHIEDE

**l'attribuzione del buono spesa nella misura e con le modalità stabilite dal Comune**

## AUTORIZZA

il Comune di Postua al trattamento dei propri dati personali, esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto dall'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dall'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679);

## ALLEGA

- a) Documento d'identità del dichiarante
- b) Lista movimenti di ogni conto corrente/deposito, intestato a ciascun componente del nucleo, relativo al mese di SETTEMBRE 2021.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### ISTRUZIONI:

- inviare la richiesta tramite e-mail all'indirizzo [postual@libero.it](mailto:postual@libero.it) completa di allegati entro il 30/11/2021 oppure consegnare in Municipio all'Ufficio Protocollo senza appuntamento (dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 12);

### A CURA DELL'UFFICIO

Riduzione effettiva delle entrate familiari  SI  NO (DOMANDA ESCLUSA)

Somma saldo estratti conto di tutta la famiglia al 30 settembre 2021 \_\_\_\_\_

Inferiore/uguale a € 5.000  Superiore a € 5.000 (DOMANDA ESCLUSA)

Nr componenti il nucleo

	Numero componenti nucleo		Entrate familiari mensili	
Entrate mensili per nuclei composti da	1 persona	superiori a	€ 700,00	<b>DOMANDA ESCLUSA</b>
Entrate mensili per nuclei composti da	2 persone	superiori a	€ 1.000,00	<b>DOMANDA ESCLUSA</b>
Entrate mensili per nuclei composti da	3 persone	superiori a	€ 1.300,00	<b>DOMANDA ESCLUSA</b>
Entrate mensili per nuclei composti da	4 persone	superiori a	€ 1.550,00	<b>DOMANDA ESCLUSA</b>
Entrate mensili per nuclei composti da	5 o più persone	superiori a	€ 1.800,00	<b>DOMANDA ESCLUSA</b>