SPAZIO RISERVATO COMMISSIONE SERVIZI SOCIALI

ISEE:

N.F.:

G.S.:

V.F.:

TOT.:

SPETT.LE

COMUNE DI MENDICINO

UFF. PUA SERVIZI SOCIALI

PIAZZA MUNICIPIO – 87040 MENDICINO

OGGETTO: RICHIESTA “BUONI SPESA” PER EMERGENZA COVID-19

….L… SOTTOSCRITT…… ………………………………………………………………………………………………………………………………..

NAT…. A ………………………………………………………………………………………. IL ………………………………………………………….E

RESIDENTE IN…………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ALLA VIA ……………………………………………………………………………………………………… N° …………………………………………..

CODICE FISCALE………………………………………………………………………………………………………………………………………………

RECAPITO TELEFONICO …………………………………………………………………………………………………………………………………

CHIEDE L’EROGAZIONE IN SUO FAVORE DI “BUONI SPESA” PER ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI E PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA’

CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA’ E DELLE CONSEGUENZE CIVILI E PENALI PREVISTE IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E/O FORMAZIONE OD USO DI ATTI FALSI NONCHE’ IN CASO DI ESIBIZIONE DI ATTI CONTENENTI DATI NON PIU’ CORRISPONDENTI A VERITA’, DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’:

* DI ESSERE CITTADINO ITALIANO
* DI ESSERE RESIDENTE NEL COMUNE DI MENDICINO
* CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E’ COMPOSTO DA:

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………….

* CHE L’ISEE DEL NUCLEO FAMILIARE CORRISPONDE ALLA DICHIARAZIONE ALLEGATA;
* CHE NEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E’ PRESENTE:
* VEDOVO/A CON FIGLI A CARICO
* GENITORE SOLO CON FIGLIO
* INVALIDO GRAVE O GRAVISSIMO
* CHE NESSUNO DEL NUCLEO FAMILIARE FRUISCE DI FORME DI SOSTEGNO PUBBLICO
* CHE NESSUNO DEI MEMBRI DEL NUCLEO FAMILIARE HA FATTO O FARA’ RICHIESTA PRESSO ALTRO Comune del sostegno di cui alla presente domanda.

….L…. SOTTOSCRITT….. INOLTRE, DICHIARA DI ESSERE INFORMAT…. AI SENSI DEL DLGS. 196/2003, CHE I DATI SOPRA RIPORTATI SONO PRESCRITTI DALLE DISPOSIZIONI VIGENTI AI FINI DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE SONO STATI RILASCIATI E VERRANNO TRATTATI E UTILIZZATI SOLO ED ESCLUSIVAMENTE A TALE SCOPO.

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

* DICHIARAZIONE ISEE
* FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO
* ……………………………………………………………………..
* ……………………………………………………………………..

MENDICINO Lì …………………………………………….

FIRMA ………………………………………………………..

**NOTE PER IL DICHIARANTE**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

 **FIRMA**

**SPAZIO RISERVATO UFFICIO ANAGRAFE**

SI CONFERMA CHE DALLA VISIONE DEGLI ATTI D’UFFICIO, LA COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE E’ QUELLA INDICATA DAL RICHIEDENTE.

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

MENDICINO, Lì ……………………………………………………………

L’UFFICIALE ANAGRAFE

COMMISSIONE SERVIZI SOCIALI

MENDICINO, Lì ……………………..

 NOTE

………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………….