

Allo Sportello Unico _____ Comune / Comunità / Unione _____

DOMANDA PER L'EROGAZIONE BUONI SPESA O GENERI ALIMENTARI E BENI DI PRIMA NECESSITÀ

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

(sempre necessario)

Cognome		Nome		Codice fiscale	
Data di nascita		Sesso	Cittadinanza (appartenente all'Unione Europea)		
		-	▼		
Luogo di nascita		Provincia	Stato		
Residenza					
Comune		Provincia	CAP	Stato	
Indirizzo		Civico	Scala	Piano	Interno
Telefono		Cellulare		Fax	
PEC (Domicilio elettronico)			Email (Posta elettronica)		

consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

DICHIARA

<input checked="" type="checkbox"/>	che il nucleo familiare è composto dai seguenti membri:				
	<table border="1"><tr><td colspan="2">Nome e Cognome</td></tr><tr><td colspan="2"> </td></tr></table>	Nome e Cognome			
Nome e Cognome					
	<table border="1"><tr><td>N. di minori presenti nel nucleo</td><td>N. di soggetti disabili presenti nel nucleo</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>	N. di minori presenti nel nucleo	N. di soggetti disabili presenti nel nucleo		
N. di minori presenti nel nucleo	N. di soggetti disabili presenti nel nucleo				
<input checked="" type="checkbox"/>	che il nucleo sostiene una spesa mensile pari a € _____ per il pagamento di affitto o rata del mutuo				

	SI	NO
di ricevere altri aiuti pubblici di alcuna natura: (Reddito di cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
di essere in carico al Servizio Sociale, o di ricevere aiuti sociali da enti e associazioni a carattere assistenziale (es Caritas)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
che dall'inizio dello stato di emergenza (31/01/2020) il nucleo familiare ha avuto un calo di reddito per perdita del lavoro e/o mancato rinnovo del contratto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text" value="indicare la data di licenziamento/termine contratto"/> <input type="text"/>		
che la somma dei depositi bancari o postali riferibili ai componenti del nucleo è di importo inferiore a € 5.000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="text" value="se NO dichiarare l'importo"/> <input type="text" value="euro"/>		

DICHIARA INOLTRE

<input checked="" type="checkbox"/>	che nessun altro membro del nucleo ha presentato istanza per il medesimo beneficio
<input checked="" type="checkbox"/>	di essere a conoscenza che il Comune di Verbania effettuerà i dovuti controlli, pertanto è obbligatorio conservare gli scontrini emessi dall'esercizio commerciale con l'elenco dei prodotti acquistati, da conservare fino al 31/12/2021 per eventuali verifiche

Il Comune verificherà, anche a campione, la veridicità delle dichiarazioni rese in sede di presentazione dell'istanza provvedendo, in caso di accertata mendacità, al recupero delle somme erogate e alla denuncia.

Note aggiuntive ed eventuali comunicazioni
<div style="text-align: right;">//</div>

ALLEGATI

Allegato
<input checked="" type="checkbox"/> Documento di identità in corso di validità <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Altri allegati <input type="text" value="Inserire una breve descrizione dell'allegato..."/>

