



Al Comune di Giffoni Valle Piana  
Ufficio Servizi Sociali

**OGGETTO: Solidarietà alimentare - Emergenza da Covid 19 – Domanda buoni spesa a nuclei familiari residenti nel Comune di Giffoni Valle Piana per acquisto beni di prima necessità.**

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Cod. fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CONSAPEVOLE**

1. che, ai sensi dell'articolo 76, comma 1, del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale;
2. che, ai sensi dell'art. 75 del DPR n. 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere;
3. che, ai sensi dell'articolo 71 del DPR 445/2000, l'ente pubblico ha l'obbligo di effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000;
4. che tutte le informazioni fornite saranno trasmesse dal Comune di Giffoni Valle Piana alle Autorità competenti per i controlli di rito sulla veridicità degli stessi;

**CHIEDE**

di essere ammesso al beneficio di cui all'oggetto sotto forma di **“Buoni Spesa”** per l'acquisto di generi di prima necessità per il seguente motivo (*barrare l'opzione che interessa*):

- a causa dell'epidemia in corso, ha perso il lavoro svolto in precedenza;
- ha dovuto chiudere l'attività commerciale o artigiana di cui è titolare;
- a causa dell'epidemia in corso, ha dovuto rinunciare ai lavori occasionali con i quali sosteneva la propria famiglia;
- di non poter svolgere alcuna attività lavorativa in quanto posto in quarantena a causa dell'epidemia;
- è inoccupato o disoccupato, al pari di tutti i componenti del nucleo familiare e a causa dell'epidemia in corso, ha dovuto interrompere la ricerca di un lavoro;
- altro(specificare) \_\_\_\_\_.

# DICHIARA

1. che il proprio nucleo familiare (*come da stato di famiglia*) oltre al dichiarante stesso, è così composto:

Grado di parentela	Cognome	Nome	Età	Professione/attività /note eventuali

2. che né il richiedente né nessuno del proprio nucleo familiare è già stato assegnatario di buoni spesa da parte del comune di Giffoni Valle Piana;
3. che il proprio nucleo familiare, allo stato attuale, non percepisce alcuna fonte di reddito;
4. che il proprio nucleo familiare non ha percepito nel periodo 01/01/2020 - 29/02/2020, un reddito superiore a € 3000,00 lordi;
5. di non appartenere alla categoria dei commercianti, artigiani, professionisti e titolari di partita di partita d'iva che hanno diritto al contributo previsto dal D. L. "cura Italia";
6. di possedere i seguenti elementi di priorità (barrare la casella che interessa):

- di non essere assegnatario di alcun sostegno pubblico (per esempio Cassa Integrazione Guadagni, Naspi, Pensione ecc.);
- nuclei monogenitoriali privi di reddito;
- nuclei familiari numerosi, con priorità ai nuclei familiari con maggior presenza di minori;
- di avere un sostegno pubblico \_\_\_\_\_ (specificare tipo) pari al seguente importo \_\_\_\_\_;
- di avere la seguente condizione abitativa (*barrare l'opzione di interesse*):
- di essere titolare di alloggio pubblico;
  - abitazione di proprietà;
  - locazione;
  - comodato d'uso;
  - altro specificare \_\_\_\_\_

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 679/2016). Si allega alla presente fotocopia del documento d'identità del dichiarante.

Data e Luogo \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La presente domanda dovrà essere inviata tramite e-mail all'indirizzo di posta elettronica [servizisociali.comunegvp@gmail.com](mailto:servizisociali.comunegvp@gmail.com) oppure inviando una fotografia del modulo debitamente compilato e sottoscritto tramite **"WhatsApp" al numero 351 5970549**