



COMUNE DI LETTOMANOPPELLO

Provincia di Pescara

All'Ufficio Servizi Sociali
Comune di Lettomanoppello

OGGETTO: AUTOCERTIFICAZIONE PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO ALIMENTARE PER L'ACQUISTO DI GENERI DI PRIMA NECESSITÀ, AI SENSI DELL'ORDINANZA DEL CAPO DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29.03.2020.

Il/la Sottoscritto/a _____, C.F. _____
nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / ____ e
residente a _____ (____) in _____ n° _____
cellulare _____ telefono fisso _____ e-mail _____

In riferimento alla disposizione di cui in oggetto, riguardante il riparto delle risorse per solidarietà alimentare stanziata a seguito dell'emergenza Covid-19

RICHEDE

L'erogazione del sostegno (buono spesa), relativo al reperimento dei seguenti generi alimentari o prodotti di prima necessità: **PANE, PASTA, OLIO, LATTE (e suoi derivati), BURRO, FARINA, UOVA, CARNE, PESCE, FRUTTA E VERDURA, PASSATA E POLPA DI POMODORO, ALIMENTI PER LA PRIMA INFANZIA, SALE, ZUCCHERO, PRODOTTI IN SCATOLA, PRODOTTI PER L'IGIENE PERSONALE E DOMESTICA;**

Al fine della richiesta del beneficio, avvalendosi della facoltà concessa dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la mia responsabilità:

DICHIARA

Nucleo familiare o persona singola già in carico del servizio sociale comunale per situazioni di criticità, fragilità, multiproblematicità in gravi condizioni economiche	SI	NO
Nucleo monogenitoriale privo di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori	SI	NO
Nucleo familiare con difficoltà economiche di cui facciano parte minori	SI	NO
Presenza nel nucleo familiare di disabilità/invalidità permanenti (art. 3, comma 3 L. 104/92), associate a disagio economico	SI	NO
Nucleo familiare con situazioni di patologie che determinano una situazione di disagio socioeconomico	SI	NO
Persona disoccupata o inoccupata o lavoratore precario/stagionale che versa in oggettiva condizione di difficoltà economica	Specificare situazione attuale	
Persona in Cassa Integrazione (CIG), fondo integrativo salariale (FIS), in mobilità, in NASPI/DIS-COLL, che versa in oggettiva condizione di difficoltà economica	Specificare situazione attuale	
Pensionato in oggettive condizioni di difficoltà economiche	SI	NO



COMUNE DI LETTOMANOPPELLO

Provincia di Pescara

Professionista, autonomo o artigiano costretto alla sospensione della propria attività dall'emergenza epidemiologica Covid-19 e che versa in oggettiva condizione di difficoltà economica	SI	NO
Nucleo familiare o persona singola percettore di Reddito di Cittadinanza (RDC) o Reddito d'Inclusione (REI): • In caso affermativo, indicare l'importo mensile assegnato:	SI	NO
	Inferiore ad € 600,00	
	Superiore ad € 600,00	
Altra situazione di disagio economico determinata da:		

È possibile barrare anche più di una situazione.

Che il mio nucleo familiare è il seguente (indicare componenti conviventi):

Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela

PRENDE ATTO CHE:

- Il Comune si riserva la facoltà di assegnare i buoni spesa in base al numero delle richieste pervenute, in maniera proporzionata alla gravità della situazione rilevata, fino ad esaurimento dei fondi statali assegnati all'Ente;
- Il buono spesa non è monetizzabile né cedibile a terzi e dovrà essere speso interamente presso l'attività commerciale individuata;
- Il buono spesa potrà essere utilizzato unicamente presso gli esercizi commerciali aderenti all'iniziativa, il cui elenco è pubblicato sul sito internet del comune www.comune.lettomanoppello.pe.it, sull'app "[Municipium](#)" nonché presso il Comune.
- Il Comune provvederà alla revoca immediata della corresponsione dei buoni assegnati in caso di violazioni di legge da parte dell'interessato/i.

Di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, il/la sottoscritto/a decade dai benefici ottenuti.

** Allego documento di identità in corso di validità ai sensi della normativa vigente.*

Lettomanoppello.....

Firma.....