#  **AL COMUNE DI SORRENTO**

 Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: **Richiesta buoni spesa utilizzabili per l'acquisto di generi alimentari e prodotti di prima necessità, di cui al Decreto Legge 23 novembre 2020 n. 154 (cd. Decreto Ristori-ter) e all’Ordinanza n. 658 del 29.03.2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile.**

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a Sorrento (NA) in via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito di tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

CHE in caso di accettazione della richiesta, l’indirizzo , necessariamente sul territorio comunale , per la consegna dei buoni spesa è:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHE il proprio ISEE è pari ad €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHE il proprio nucleo familiare risulta essere così composto, cosi come da attestazione **ISEE Corrente o Ordinario**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Parentela |  Cognome e nome | Luogo di nascita |  Data di nascita |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

CHE un componente del proprio nucleo familiare ha subito una Perdita/Riduzione di reddito (da lavoro dipendente o assimilati – cassa integrazion**e – P. IVA):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DICHIARA** , altresì, che:

□ NESSUNO DEI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE E’ PERCETTORE DI REDDITO DI CITTADINANZA (RDC) E/O REDDITO D’INCLUSIONE (REI) ( barrare con una X)

□ PRESENZA NEL NUCLEO FAMILIARE DI DISABILITÀ PERMANENTI ( barrare con una X)

**DICHIARA** INOLTRE DI:

- Autorizzare il trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. letto alla luce del regolamento U.E.2016/679;

- Autorizzare il Comune ad inviare la presente richiesta alla Guardia di Finanza per i controlli sulle dichiarazioni false;

SI ALLEGA COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO del firmatario;

SI ALLEGA ATTESTAZIONE ISEE CORRENTE o ORDINARIO in corso di validità

Sorrento, Firma