

**RICHIESTA DI BUONI SPESA PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI  
DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ**

Al Comune di CHAMOIS

[protocollo@pec.comune.chamois.ao.it](mailto:protocollo@pec.comune.chamois.ao.it)

[anagrafe@comune.chamois.ao.it](mailto:anagrafe@comune.chamois.ao.it)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_  
in frazione/località \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_  
Indirizzo email \_\_\_\_\_

Dati del datore di lavoro (*per lavoratori dipendenti*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

P.IVA (*per lavoratori autonomi*) \_\_\_\_\_

Consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000

**DICHIARA**

Che il proprio nucleo familiare è composto da:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di partecipare alla assegnazione buoni spesa per l'acquisto di generi alimentari per sé stesso e per il proprio nucleo familiare, ai sensi dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione civile n. 658/2020

**DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA**

La propria condizione di disagio conseguente all'attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi: **(con riferimento a quanto indicato nell'Avviso pubblico per l'erogazione dei buoni spesa, descrivere le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate, che saranno valutate ai fini dell'attribuzione dei buoni spesa)**

.....  
.....  
.....  
.....

Che nessun componente del nucleo familiare percepisce alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale  
*o alternativamente*

Di beneficiare o che i seguenti componenti del nucleo familiare beneficiano del seguente sussidio **(con riferimento a quanto indicato nell'avviso pubblico per l'erogazione dei buoni spesa)**

.....  
.....  
.....  
che ammonta a (importo del sussidio) .....

Di essere in carico al Servizio sociale regionale e che l'Assistente sociale di riferimento è .....

La presenza nel nucleo familiare di persone con disabilità *(indicare il numero)* .....

Di essere in situazione di emergenza abitativa, con quota a carico del Comune di ..... euro mensili.

di non essere proprietario/comproprietario della casa in cui abita e di non avere altre proprietà immobiliari  
*o alternativamente*

di essere proprietario/comproprietario della casa in cui abita e di avere/non avere altre proprietà immobiliari (specificare quali):

.....  
.....  
.....

- di aver preso visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, disponibile sul sito web del Comune al quale è rivolta l'istanza.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_