### 

All. A

### MISURE DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARE E DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CHE VERSANO IN STATO DI BISOGNO

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI)

**CHIEDE**

di poter accedere alla fruizione dei Buoni spesa per l’acquisto di generi alimentari e di prima necessità (alimenti, prodotti farmaceutici e parafarmaceutici, prodotti per l’igiene personale e domestica, dispositivi di protezione individuale) presso gli esercizi commerciali che aderiscono all’iniziativa, resi noti tramite il sito istituzionale.

A tal fine**,** consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del DPR n° 445 del 28 dicembre 2000 e ss.mm.ii, consapevole che tutte le dichiarazioni rese con la presente domanda sono riferite alla data di presentazione della domanda stessa, avendo preso sufficiente visione dell’avviso pubblico e accettandone incondizionatamente condizioni e prescrizioni ivi contemplate, con particolare riferimento alle modalità operative e di assegnazione dei buoni spesa, nonché all’utilizzo dello stesso

**DICHIARA**

* di aver preso visione dei contenuti dell’avviso pubblico per l’erogazione dei buoni spesa e di accettarne integralmente le condizioni;
* di essereresidente nel Comune di Camposano alla data di pubblicazione dell’Avviso;
* di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità, se cittadino straniero non appartenente all’Unione Europea;
* che nessun altro componente del nucleo familiare ha in corso istanza di ammissione ai buoni spesa presso questo Comune;
* di non essere percettore ADI (assegno di inclusione) o Carta Dedicata a Te;
* che nessun altro componente del nucleo familiare è percettore ADI (assegno di inclusione) o Carta Dedicata a Te;
* di essere in possesso di attestazione ISEE in corso di validità pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di essere consapevole che l’erogazione dei buoni spesa avverrà tramite buoni cartacei consegnati direttamente dall’Ufficio Servizi Sociali.

**DICHIARA INOLTRE**

Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all’accesso al beneficio richiesto.

**TRATTAMENTO DEI DATI:** Ai fini del rispetto delle vigenti disposizioni in materia di privacy (RGPD 2016/679), si rende noto che, tutti i dati personali comunicati dai richiedenti, saranno trattati in modalità cartacea e/o informatica nel rispetto di quanto previsto dalle vigenti disposizioni normative e regolamentari in materia. I dati saranno utilizzati esclusivamente per le finalità di cui alla presente richiesta.

Luogo e data :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Allegati obbligatori (pena l’esclusione dal beneficio):

* Copia del documento di riconoscimento in corso di validità
* Attestazione ISEE in corso di validità.

Il/La Richiedente

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