**ALLEGATO B (altri soggetti)**

 Al Comune di Montescaglioso

 Ufficio Servizi Sociali

**DOMANDA DI ACCESSO AI “BUONI SPESA ALIMENTARE”**

**Termine presentazione domanda: ENTRO E NON OLTRE LE ORE 12:00 del 02 APRILE 2020**

|  |
| --- |
| Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ *(cognome e nome in stampatello) (per gli stranieri indicare lo stato di nascita)*residente nel **Comune di Montescaglioso** alla Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nr.\_\_\_\_\_\_\_ Tel. (casa) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Cell.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**C H I E D E**

Di partecipare all’Avviso Pubblico “Buoni spesa alimentare” di cui al Decreto sindacale Prot. 7471/I del 30/03/2020**.** A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità e nella consapevolezza delle conseguenze penali in caso di dichiarazione mendace, formazione o uso di atti falsi e della decadenza dai benefici ottenuti sulla base di dichiarazioni non veritiere

**DICHIARA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * **di aver preso visione** dell’avviso pubblico approvato con Decreto sindacale Prot.7471/I del 30/03/2020 e di essere a conoscenza delle norme in esso contenute;
* **di possedere il requisito di partecipazione in esso indicato**;
1. residenza nel Comune di Montescaglioso.
* **che il reddito del proprio nucleo familiare è pari a €**
* **che il proprio nucleo familiare percepisce la somma mensile per reddito di cittadinanza pari a €**
* **che il proprio nucleo familiare è beneficiario TIS o RMI per la somma mensile di €**
* **che il proprio nucleo familiare percepire una indennità di disoccupazione mensile pari ad €**
* **Essere l’unico adulto del proprio nucleo familiare (come da stato di famiglia) a presentare domanda di accesso al beneficio di che trattasi**.
* **che il proprio nucleo familiare (come da stato di famiglia in data odierna)** è composto nel seguente modo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME  | Data e luogo di nascita | Rapporti con il richiedente |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 di cui minori nr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ALLEGA:**

1. Fotocopia del documento d’identità in corso di validità del richiedente;

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA, infine**

* di essere a conoscenza del fatto che il Comune di Montescaglioso potrà effettuare controlli per la verifica delle autocertificazioni presentate e, nei casi di dichiarazioni false rilasciate al fine di ottenere indebitamente il beneficio del contributo, il richiedente decadrà immediatamente dallo stesso e potrà incorrere nelle sanzioni del codice penale e dalle leggi specifiche in materia;
* di essere stato informato, ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003, sulle finalità di utilizzo e sulle modalità di gestione dei dati conferiti con la presente istanza, i quali saranno oggetto di trattamento da parte del Comune di Montescaglioso secondo la normativa vigente in materia ed esclusivamente utilizzati ai fini dell’attività amministrativa.

Montescaglioso, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(firma leggibile)