



COMUNE DI BELLOSGUARDO
PROVINCIA DI SALERNO
Via Largo Municipio 8, 84020 Bellosguardo (SA)

Al sig. Sindaco del
Comune di
Bellosguardo (SA)

Al Centro Operativo
Comunale

Oggetto: DPCM 29 Marzo 2020 – Fondo per la solidarietà alimentare. Richiesta di ammissione al beneficio.

Il/La sottoscritto/a _____ residente
a _____, alla
via _____
C.F. _____
cellulare _____
Email _____

VISTO quanto disposto dal DPCM 29 Marzo 2020 istitutivo di “un fondo per la solidarietà alimentare”;

CHIEDE di essere ammesso al beneficio della concessione di un buono di spesa alimentare.

A tal scopo, ai sensi del D.P.R. n.445 consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n.445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n.445).

DICHIARA

- **DI ESSERE / NON ESSERE** PERCETTORE DI REDDITO DI CITTADINANZA O DI ALTRO BENEFICIO STATALE PER UN TOTALE DI € _____ MENSILI;
- **CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE RISULTA COSI' COMPOSTO:**

N.D.	GENERALITA'	NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA
1	NOME _____ COGNOME _____	LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____	Persona ad uso della quale è riferita la presente dichiarazione.
2	NOME _____ COGNOME _____	LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____	
3	NOME _____ COGNOME _____	LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____	

4	NOME _____	LUOGO DI NASCITA _____	
	COGNOME _____	DATA DI NASCITA _____	
5	NOME _____	LUOGO DI NASCITA _____	
	COGNOME _____	DATA DI NASCITA _____	

- **Che le entrate percepite nell'ultimo mese e il valore monetario disponibile su c/c o altri strumenti di deposito immediatamente smobilizzabili sono pari a:**

_____;

- Di non essere detentore di titoli bancari;
- Che il sottoscritto e nessun componente del nucleo familiare è detentore di redditi da fabbricati;
- **Che l'ultima attività lavorativa svolta (anche saltuaria e/o occasionale) risale al**

_____;

- Che i seguenti componenti del nucleo familiare risultano essere studenti di Scuola dell'Obbligo / Università

Nome e Cognome	Scuola Frequentata

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nella dichiarazione ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Si allega copia del documento di riconoscimento.

Data _____ Luogo _____

Firma Leggibile
