



COMUNE DI FAGNANO CASTELLO

Provincia di Cosenza

<http://www.comune.fagnanocastello.cs.it/>

PEC: protocollo@pec.comune.fagnanocastello.cs.it

**AVVISO PUBBLICO EMERGENZA COVID-19
BUONI SPESA UNA TANTUM PER SOSTEGNO ALIMENTARE ALLE
FAMIGLIE IN DIFFICOLTA'**

ERRATA CORRIGE

ERRONEAMENTE NEL MODULO DI DOMANDA

Allegato A)

Richiesta sostegno Emergenza COVID-19

È indicata una mail errata per la trasmissione, si pubblica in allegato il modello con mail corretta:

Allegato A)

Richiesta sostegno Emergenza COVID-19

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Al Comune di _____
Mail: **affari.generali@comune.fagnanocastello.cs.it**

Il/la sottoscritt / _____ C.F. _____
Nato/a a _____ (____)
il ____/____/____,
residente a _____ (prov. ____) in via/piazza
_____ n° _____

Recapito telefonico _____
con la presente

RICHIEDE

di usufruire del buono spesa una tantum previsto dall'ordinanza del Dipartimento della Protezione Civile n 658 del 29.03.2020 per far fronte alle esigenze alimentari del proprio nucleo familiare composto dalle seguenti persone:

(indicare nome e cognome e data di nascita e grado di parentela e eventuale grado di invalidità)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

A tale scopo, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- di non usufruire di reddito assistenziale (cittadinanza/inclusivo/ecc.)
- di usufruire di reddito assistenziale (cittadinanza, inclusione, ecc.) indicare quale _____ nell'importo di € _____;
- Che è / non è proprietario di immobili;
- Di pagare canone di locazione ad uso abitativo

- Che nessuno dei componenti il nucleo familiare ha presentato istanza per ottenere il medesimo beneficio

(Barrare a pena di esclusione la casella di interesse)

e di essere capo famiglia e tutti i componenti in situazione di temporanea difficoltà a seguito dell'emergenza Covid-19 per i seguenti motivi:

- chiusura o sospensione di attività lavorativa, propria o svolta in qualità di dipendente e non aver ancora ottenuto ammortizzatori sociali o non poter accedere a forme di ammortizzatori sociali;

Allega, a pena di irricevibilità dell'istanza, un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.

Luogo, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Dichiarazioni mendaci saranno oggetto di deferimento all'Autorità Giudiziaria.

Ai sensi del D. Lgs. 101/2018 e del Regolamento UE n° 679/2016, si informa che i dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati e utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali ad esso collegate.

