



# COMUNE DI VILLAR FOCCHIARDO

PROVINCIA DI TORINO

Via Conte Carroccio, 30

telefono 0119645025 - fax 0119646283

sito internet: [www.comune.villarfocchiardo.to.it](http://www.comune.villarfocchiardo.to.it)

e-mail: [sindaco@comune.villarfocchiardo.to.it](mailto:sindaco@comune.villarfocchiardo.to.it)

Partita I.V.A. 01375740014

## DOMANDA PER L'EROGAZIONE BUONI SPESA O GENERI ALIMENTARI E BENI DI PRIMA NECESSITA'

La/il sottoscritta/o .....  
nata/o a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... nr ...../..... Int. ...  
numero di telefono.....,  
codice fiscale.....  
identificata/o a mezzo di (estremi del documento di identità) .....  
n.....rilasciata.....da.....

richiede l'erogazione, ai sensi dell'Ordinanza 658 della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29.03.2020 di buoni spesa o generi alimentari e beni di prima necessità.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

### D I C H I A R A

1) che la famiglia convivente (alla data ...../...../.....) è composta come risulta dal seguente prospetto;

Cognome e nome	M/F	posizione in fam.	età	stato civile	professione	già conosciuto dal Servizio sociale	Altre informazioni
	--			--		--	
	--			--		--	
	--			--		--	
	--			--		--	
	--			--		--	

Dichiara che la situazione attuale del proprio nucleo familiare è la seguente:

Situazione socio-economica del nucleo: <i>(specificare redditi da attività dei vari componenti condizione dei minori presenti nel nucleo, eventuali componenti con disabilità o in condizione di non autosufficienza, altri elementi utili per comprendere la situazione)</i>
Situazione emergenziale per cui necessita della misura urgente di solidarietà alimentare: <i>(es. interruzione attività lavorativa, assenza di reddito negli ultimi due mesi a causa dell'emergenza covid-19)</i>

(Barrare la voce che interessa)

Di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo familiare

Di ricevere i seguenti contributi pubblici: *(specifica / es. Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)*

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

Dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

Luogo/data

La/Il dichiarante

\_\_\_\_\_

*(nel caso di impossibilità alla sottoscrizione l'Ufficio accerterà l'identità del richiedente)*