



COMUNE DI VILLAR FOCCHIARDO

PROVINCIA DI TORINO

Via Conte Carroccio, 30

telefono 0119645025 - fax 0119646283

sito internet: www.comune.villarfocchiardo.to.it

e-mail: sindaco@comune.villarfocchiardo.to.it

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

Il/la sottoscritto/a
nato/a aProv. (.....)
residente nel Comune di
in via
n. telefono
codice fiscale
documento di identità n.
rilasciato da in data

chiede l'erogazione di buoni spesa o di generi alimentari e beni di prima necessità.

Consapevole delle conseguenze amministrative e penali previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di false attestazioni o dichiarazioni, ivi compresa la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera

dichiara:

1) Che la famiglia convivente, alla data del _____, è composta da come risulta da seguente prospetto:

Cognome e Nome	Sesso (M/F)	Posizione in famiglia	Età	Professione	In carico al Servizio Sociale

2) Che la situazione reddituale della famiglia è la seguente:

Tipologia di entrata	Percepito (SI/NO)	Ammontare mensile	Data ultima erogazione
Stipendio			
Cassa integrazione			
Naspi			
Mantenimento per sé e/o i figli da parte del coniuge legalmente separato/divorziato			
Reddito di Cittadinanza			
Altre entrate (specificare)			

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

Tipologia di uscita	Ammontare mensile	Data ultimo pagamento
Affitto / Mutuo		
Farmaci non mutuabili		
Assistenza domiciliare / babysitter		
Altre spese (specificare)		

3) di possedere Risparmi: **SI** **NO** se SI, di possedere i seguenti Risparmi:

<input type="checkbox"/> Contanti	€ _____
<input type="checkbox"/> Depositi bancari	€ _____
<input type="checkbox"/> Risparmi postali	€ _____
<input type="checkbox"/> Titoli di Stato	€ _____
<input type="checkbox"/> Buoni fruttiferi	€ _____
<input type="checkbox"/> Interessi da investimenti bancari o postali	€ _____
<input type="checkbox"/> Azioni	€ _____
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	€ _____

4) Situazione emergenziale a causa delle disposizioni conseguenti all'emergenza Covid-19 per cui necessita della misura urgente di solidarietà alimentare: (es. interruzione attività lavorativa, assenza di reddito negli ultimi due mesi a causa dell'emergenza covid-19):

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

Luogo/data

.....

La/Il dichiarante
