

AL COMUNE DI CAMPOFRANCO

PEC: comune.campofranco.cl@legalmail.it

E-mail: protocollo@comune.campofranco.cl.it

Richiesta " Buoni Spesa " per nuclei familiari in stato di necessità da Covid-19

istanza a nome di un solo beneficiario per nucleo familiare che provvederà all'acquisto di generi di prima necessità

Il/La sottoscritt _____

nato/a a _____ il _____ residente a Campofranco in

Via _____ n. ____ Recapito telefonico _____,

- Componenti nucleo familiare n.: _____, di cui minori fino a Sei anni n.: _____;

- Stato Civile: €celibe/nubile; €coniugato/a; €convivente; €vedovo/a; €separato/a; €divorziato/a;

DICHIARA

(Ai sensi dell'art. 46 del D.P.R 28 dicembre 2000, n. 445)

Di trovarsi in stato di necessità a causa dell'emergenza epidemiologica da Covid- 19, derivante da:

- II** - Nuclei familiari che non siano titolari di alcun reddito e/o copertura assistenziale;
- II** - Nuclei familiari monoreddito, derivante da lavoro dipendente il cui datore di lavoro abbia richiesto ammissione al trattamento di sostegno al reddito a zero ore ai sensi del D. L. n. 18/2020;
- II** - Nuclei familiari monoreddito, derivante da attività autonoma il cui titolare dell'attività abbia richiesto trattamento di sostegno al reddito ai sensi del D. L. n. 18/2020;
- II** - Nuclei familiari monoreddito derivante da lavoro dipendente il cui datore di lavoro abbia richiesto ammissione al trattamento di sostegno al reddito ai sensi del D. L. 18/2020 a ridotto orario di lavoro;
- II** - Nuclei familiari segnalati da soggetti del terzo settore non beneficiari di titolari di trattamenti pensionistici validi ai fini del reddito;
- II** - che uno o più componenti il proprio nucleo familiare appresso indicato **è assegnatario di sostegno pubblico per l'importo mensile a fianco di segnato**, quali: *Pensioni, Reddito di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, ed altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale:*

- _____ Importo mensile €. _____;

- _____ Importo mensile €. _____;

- _____ Importo mensile €. _____;

II - Di essere in possesso del seguente documento di riconoscimento: _____

Nr. _____ rilasciato da _____ in data _____.

Dichiara, infine, di autorizzare il Comune di Campofranco al trattamento dei dati personali, ai sensi della Legge n. 675/96, per tutte le finalità in oggetto.

Campofranco, lì _____

IL RICHIEDENTE

RISERVATO ALL'UFFICIO

ELENCO n. _____

- Comp. nucleo familiare n.: _____, di cui minori fino a Sei anni n.: _____

- **Importo dei Buoni Spesa spettanti €.** _____