



# Comune di Conca dei Marini

Provincia di Salerno

Al Sindaco del Comune di  
Conca dei Marini

**Domanda “Misure urgenti di solidarietà alimentare” previste dall’Ordinanza n. 658 del 29.03.20 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile Nazionale e dal Decreto Legge n. 154 del 23.11.20.**

Il/la sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a Conca dei Marini via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ numero telefono/cellulare \_\_\_\_\_

Facente parte del **nucleo familiare** composto da (inserire anche se stessi/e):

(Per nucleo familiare si intende la famiglia anagrafica alla data di presentazione della domanda)

COGNOME	NOME	INDICARE SE INVALIDO O DIVERSAMENTE ABILE	SITUAZIONE LAVORATIVA (occupato/a, in disoccupazione, etc) INDICARE DATORE DI LAVORO, TIPO CONTRATTO E DATA DI ASSUNZIONE (determinato/indeterminato tempo pieno/part time, precario etc.)

*consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, ai sensi del D.P.R. 445/00 e s.m.i.*

## CHIEDE

- di partecipare alla assegnazione dei “buoni spesa” ai sensi dell’articolo 2 del decreto legge 23 novembre 2020, n. 154 per se stesso e per il proprio nucleo familiare come sopra indicato



# Comune di Conca dei Marini

Provincia di Salerno

## DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE

- la propria condizione di disagio conseguente all'attuale emergenza Covid-19 in considerazione dei seguenti elementi: (descrivere le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate)

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

A tal fine dichiara: **BARRARE LA VOCE INTERESSATA**

- che nessun componente del nucleo familiare percepisce altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale;
- che uno o più componenti del nucleo fruiscono di intervento pubblico quale Reddito di cittadinanza e altro ammortizzatore sociale (es. disoccupazione), sostegni diretti statali (RISTORI) per l'emergenza Coronavirus o pensione/assegno di invalidità, ecc.  
Specificare intervento .....IMPORTO.....;
- di avere un'attestazione ISE in corso di validità con ISEE pari ad €.....
- che la casa di abitazione è:  di proprietà
- di avere/non avere altre proprietà immobili
- in locazione € ..... al mese
- rata del mutuo abitazione principale € ..... al mese
- la presenza nel nucleo familiare di persone con disabilità (indicare il numero) .....
- che c'è stato un incremento di spese certificate sostenute dal nucleo familiare per l'acquisto di farmaci, per garantire interventi socio-assistenziali o per il pagamento di spese socio-sanitarie o funerarie;
- di essere consapevole che anche al termine delle misure straordinarie previste potrà essere richiesto il riscontro documentale di quanto dichiarato;
- che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta presso altro Comune del sostegno di cui alla presente domanda;
- di essere a conoscenza e di accettare integralmente i contenuti dell'Avviso pubblico per l'erogazione di buoni spesa ai sensi dell'Ordinanza 658 del 29.03. 20 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile Nazionale e dell'articolo 2 del decreto legge 23 novembre 2020, n. 154;
- di essere a conoscenza che la presentazione dell'istanza non comporta automaticamente assegnazione dei buoni spesa di cui all'Avviso pubblico;



# Comune di Conca dei Marini

Provincia di Salerno

- di esprimere il proprio consenso, dopo aver letto la sottoriportata informativa, al trattamento dei dati personali (n. telefono – mail) per le finalità istituzionali dell'Ente;
- di essere consapevole che, il Comune procederà, ai sensi della normativa vigente, ad effettuare controlli sulle domande presentate, al fine di verificare le informazioni dichiarate nella presente dichiarazione ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000 e dei D.Lgs. 109/1998 e 130/2000). Qualora a seguito dei controlli, il contributo risultasse indebitamente riconosciuto, ovvero in caso di dichiarazioni mendaci del beneficiario, il Comune procederà alla revoca del beneficio e alla riscossione delle somme indebitamente percepite.

Allega copia di un valido documento d'identità.

Luogo e data

Firma del dichiarante

**Firma**

---

## **INFORMATIVA AI SENSI ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati)**

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Il trattamento viene effettuato con finalità di interesse pubblico connesse all'erogazione di risorse alle famiglie per sostegno alimentare. Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Conca dei Marini, che potrà essere contattato ai seguenti riferimenti: Tel. 089.831301; Fax 089.831516 E-mail: [comune@concadeimarini.org](mailto:comune@concadeimarini.org) - Indirizzo PEC: [protocollo.concadeimarini@asmepec.it](mailto:protocollo.concadeimarini@asmepec.it)