

**All'Ufficio dei Servizi Sociali**  
**del Comune di Polizzi Generosa**

**OGGETTO: ORDINANZA DI PROTEZIONE CIVILE N. 658/2020 - EMERGENZA COVID-19**  
**RICHIESTA BUONO SPESA ALIMENTARE**

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ **recapito tel.** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'erogazione di un Buono Spesa Alimentare per far fronte alle esigenze vitali trovandosi in temporaneo stato di disagio economico,

A tal fine, consapevole delle responsabilità penale cui può andare incontro in caso di false dichiarazioni ai sensi dell'art. 496 del codice penale e dell'art. 76 del DPR 445/2000, nonché della decadenza dei benefici eventualmente ottenuti grazie alla presente dichiarazione,

**DICHIARA**

- di essere residente a Polizzi Generosa, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- che il proprio nucleo familiare di effettiva convivenza del richiedente è composto dalle seguenti persone (oltre il richiedente):

<b>Cognome e nome</b>	<b>Data nascita</b>	<b>di</b>	<b>Relazione parentela</b>	<b>di</b>	<b>Condizione lavorativa</b>

## DICHIARA, ALTRESI', DI

- percepire assegno mensile di reddito di cittadinanza per l'importo di € \_\_\_\_\_
- percepire redditi derivanti da (specificare l'importo totale):
  - pensione € \_\_\_\_\_;
  - disoccupazione € \_\_\_\_\_;
  - cassa integrazione € \_\_\_\_\_;
  - invalidità € \_\_\_\_\_;
  - attività integrativa lavorativa € \_\_\_\_\_;
  - altro \_\_\_\_\_;
- essere disoccupato senza alcun reddito;
- essere titolare di partita IVA e/o iscrizione alla Camera di Commercio alla data odierna e senza reddito nel mese di marzo 2020, non compreso tra i beneficiari dei provvedimenti ministeriali in corso di definizione;
- di avere nel proprio nucleo familiare soggetti disabili
- Eventuali situazioni particolari di disagio da dichiarare:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**Si allega presente copia del documento di identità ai fini dell'autentica della superiore firma**

Ai sensi dell'art. 10 della legge 675/1996 e successive modificazioni, le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.

**N.B.: per qualsiasi chiarimento, informazione, aiuto alla compilazione o anche per il ritiro presso il proprio domicilio della presente istanza in busta chiusa, si prega rivolgersi all'Ufficio dei Servizi Sociali al n. 0921.551621.**

**Ove possibile, il modello debitamente compilato, può essere trasmesso via mail al seguente indirizzo: [protocollo@comune.polizzi.pa.it](mailto:protocollo@comune.polizzi.pa.it) ovvero via pec: [comune.polizzi@pec.comune.polizzi.pa.it](mailto:comune.polizzi@pec.comune.polizzi.pa.it)**

**La domanda può anche essere ricopiata in carta libera riportando le dichiarazioni di cui sopra.**