



Comune di Borso del Grappa



Comune di Castelcuoco



Comune di Pieve del Grappa

## Servizio Sociale del Grappa Provincia di Treviso

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

Ordinanza n. 658 del 29 marzo del Capo del Dipartimento della Protezione Civile

Il/la sottoscritto/a _____, sesso _____ <small>(cognome e nome del soggetto di riferimento; per le persone coniugate indicare il cognome di nascita) (M/F)</small>
nato/a a _____ (Provincia _____), il giorno ____/____/____ <small>(Comune o Stato estero di nascita) (sigla) (data di nascita)</small>
residente nel Comune di _____ (Provincia _____) <small>(Comune di residenza) (CAP) (sigla)</small>
indirizzo _____, n. _____
codice fiscale <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
telefono _____ cell _____ e-mail _____

### CHIEDE

per se stesso e/o per il proprio nucleo familiare l'assegnazione dei buoni spesa per l'acquisto di generi di prima necessità, prodotti alimentari, prodotti per l'igiene personale e della casa a favore di persone e/o famiglie in condizioni di disagio economico e sociale causato dalla situazione emergenziale in atto, provocata dalla diffusione di agenti virali trasmissibili (COVID-19).

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 445/2000, nonché della decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese (art. 75 D.P.R. 445/2000)

### DICHIARA

- che il proprio nucleo familiare è composto da n° \_\_\_\_ componente/i, di cui n° \_\_\_\_ persone con disabilità (L. 104/'92);
- che in esso sono presenti n° \_\_\_\_ minore/i, di cui n° \_\_\_\_ di età fino a tre anni;
- che i seguenti componenti sono attualmente disoccupati (indicare nome, cognome e data di inizio della disoccupazione): \_\_\_\_\_
- che nel mese **precedente alla data di presentazione della domanda** il nucleo familiare ha percepito REDDITI NETTI per un importo complessivo di € \_\_\_\_\_, che derivano da:
  - Lavoro dipendente (indicare la tipologia \_\_\_\_\_)
  - Lavoro autonomo/impresa (indicare la tipologia \_\_\_\_\_)
  - Pensione da lavoro
  - Assegno di mantenimento del coniuge e/o per i figli
  - Ammortizzatori sociali (cassa integrazione, NASpl, DISS-COLL, ecc.)

