



# COMUNE DI STATTE

Provincia di Taranto

Al Sindaco del Comune di Statte  
Al Servizio Sociale comunale di Statte

**Oggetto: Richiesta di fornitura di generi alimentari di prima necessità**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, (solo per i non residenti riportare il domicilio in Statte in Via  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, presso \_\_\_\_\_), identificato a mezzo  
\_\_\_\_\_ ( riportare carta di identità/CIE o patente automobilistica ) n. \_\_\_\_\_

Rilasciata da \_\_\_\_\_ (Comune di ...o MIT-UCO di ..... ) in data \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ ; Tel. \_\_\_\_\_ ;

## CHIEDE

(barrare la /le voce/i che interessa/no)

- Che gli venga concesso un buono spesa per l'acquisto di generi alimentari di prima necessità e prodotti per l'igiene personale e domestica;**
- Che gli venga concesso un buono spesa per l'acquisto di farmaci di fascia C** (intervento previsto solo per famiglie con minori in età pediatrica e/o con ultrasessantacinquenni)

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali conseguenti al rilascio di dichiarazioni mendaci e all'utilizzo di esse nella formazione di atti pubblici, richiamate dall'art. 76 del DPR 445/2000, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del citato Decreto

## DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

1. Come veritiere le suesposte dichiarazioni in merito alla propria posizione anagrafica;
2. Che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_ persone come certificato dallo stato di famiglia anagrafico e che pertanto oltre al sottoscritto dichiarante vi sono:

Parentela o convivente	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

**3. Di percepire le seguenti misure di contrasto alla povertà** (barrare la voce che interessa):

- Misura RED nelle sue versioni di cui alla L.R. 3 del 2016 e ss.mm. per € \_\_\_\_\_ mensili;
- Reddito di cittadinanza di cui alla l. n.26//2019 per € \_\_\_\_\_ mensili;
- Ammortizzatori sociali (cassa integrazione, Naspi, ecc) per € \_\_\_\_\_ mensili;

**oppure**

**4. Di trovarsi in una delle seguenti condizioni** (barrare la voce che interessa):

- Di essere Titolare di Partita Iva n. \_\_\_\_\_ in attesa del riconoscimento da parte dell’Inps della misura straordinaria di sostegno economico (cd. cassa integrazione lavoratori autonomi);
- Di essere lavoratore dipendente in attesa del riconoscimento della cassa integrazione straordinaria;

**oppure**

**5. Di trovarsi in una delle seguenti condizioni** (specificare se disoccupato, titolare di provvidenze sociali, invalido civile, ecc specificare ..... ) \_\_\_\_\_

---



---



---

**6. Di NON avere comunque alla data attuale, anche se percettore delle suddette misure di sostegno, una disponibilità finanziaria complessiva familiare di immediata liquidità di importo mensile superiore a € 600,00 (seicento/00).**

**Dichiaro altresì:**

- di essere a conoscenza delle modalità di erogazione e utilizzo dei buoni spesa erogati dall’Amministrazione comunale;
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti della normativa sulla Privacy, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e autorizzo la trasmissione dei dati anche agli eventuali operatori economici di cui l’Amministrazione si avvarrà per le finalità della presente richiesta.

**N.B. si allega copia di valido documento di riconoscimento**

Statte, .....

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_