

**AL  
COMUNE DI ANGUILLARA SABAZIA  
AREA SERVIZI ALLA PERSONA  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**OGGETTO:** EMERGENZA COVID-19- Richiesta Buoni Spesa Sociale.

Il/ La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente ad Anguillara Sabazia

Via/Viale/Strada/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

codice fiscale

tel. \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_

e- mail \_\_\_\_\_

con la presente,

**CHIEDE**

**per la sopraggiunta indigenza economica derivante dall'emergenza epidemiologica Covid-19**

- l'erogazione dei Buoni Spesa;*  
*e/o*
- sostegno per l'acquisto dei medicinali documentabili con prescrizione medica.*

A tal fine **dichiara**, *sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità , consapevole che verranno effettuati controlli su quanto dichiarato :*

- che il proprio nucleo familiare è così composto:

<b>Nome Cognome</b>	<b>Data di Nascita</b>	<b>Grado di Parentela</b>	<b>Condizione Lavorativa</b>	<b>Disabile</b>

Che la **condizione abitativa** è la seguente:

- affitto € ..... mensili

- proprietà con mutuo
- proprietà
- altro (specificare).....

Che la propria **condizione lavorativa** è la seguente:

- Inoccupato
- Disoccupato
- Altro SPECIFICARE .....

- Di essere **beneficiario** delle seguenti misure:

Di essere titolare (o un componente nucleo familiare) di Reddito di Cittadinanza pari a € ... mensili;    SI     NO

Di essere titolare (o un componente nucleo familiare) di Reddito di Inclusione pari a € ..... mensili;    SI     NO

Di essere titolare (o un componente nucleo familiare) di Pensione di Cittadinanza pari a € ..... mensili;    SI     NO

Di essere titolare (o un componente nucleo familiare) di Assicurazione sociale per l'impiego (NaSpi) pari a € ..... mensili;    SI     NO

Di essere titolare (o un componente nucleo familiare) di Assegno di Disoccupazione (AsDi) pari a €..... mensili;    SI     NO

Di essere Beneficiario (o un componente nucleo familiare) di altre misure a sostegno del reddito previste dal D.L. 18 del 17/03/2020;    SI     NO

Altro.....

**Altresi,**

- Di non aver disponibilità economiche (per sé e/o il proprio nucleo familiare) su conti correnti bancari, postali, ecc... sufficienti per l'acquisto di beni di prima necessità;
- Di essere in carico ai Servizi Sociali del Comune di Anguillara Sabazia
- Di non essere in Carico ai Servizi Sociali del comune di Anguillara Sabazia

Anguillara Sabazia,

Firma \_\_\_\_\_

Si allega alla presente copia/fotografia del Documento di identità del dichiarante, per i cittadini stranieri non UE, allegare anche il titolo di soggiorno in corso di validità.

Il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs.196/2003 e degli artt. 13 e 14 GDPR in ottemperanza al D.Lgs 101 del 10/08/2008, per cui dati personali trattati dal Servizio Sociale del Comune di Anguillara Sabazia sono raccolti per finalità di intervento specifiche del settore ed acquisiti direttamente da soggetti pubblici; il loro trattamento è svolto in forma cartacea e mediante strumenti informatici e telematici.

Firma \_\_\_\_\_