



CITTÀ DI SAVIGLIANO

(Provincia di Cuneo)

BUONI SPESA COVID-19

RICHIESTA DI AMMISSIONE

DATI RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Codice Fiscale _____

Telefono/cellulare _____

Indirizzo mail _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____

Identificato a mezzo di _____ n. _____

Rilasciato da _____ in data _____

A tal fine, consapevole delle conseguenze penali previste per coloro che rendono dichiarazioni false ai sensi del Codice Penale e delle Leggi speciali in materia (art. 76 del D.P.R. n. 445/2000) e consapevole che quanto ha dichiarato potrà essere oggetto di accertamento e verifica da parte degli organi competenti, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 sopra citato, dichiara:

che il proprio nucleo familiare, compreso il dichiarante, è così composto:

| <i>Cognome e nome</i> | <i>M/F</i> | <i>Posizione in famiglia</i> | <i>Età</i> | <i>Stato civile</i> | <i>Professione</i> | <i>Reddito mensile</i> | <i>In carico ai servizi sociale</i> |
|-----------------------|------------|------------------------------|------------|---------------------|--------------------|------------------------|-------------------------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo

di ricevere o di aver ricevuto i seguenti contributi pubblici (ad es. buoni spesa Covid-19, reddito di cittadinanza, cassa integrazione, Naspi, buoni spesa, etc.)

○ _____ Importo € _____

○ _____ Importo € _____

○ _____ Importo € _____

○ _____ Importo € _____

Situazione emergenziale, in seguito alla pandemia da COVID-19, necessita della misura urgente di solidarietà alimentare (ad es. interruzione attività lavorativa, assenza di reddito negli ultimi mesi, etc.)

Il richiedente

Si allega:

- copia di documento di identità
- ogni altra documentazione utile alla valutazione