

**AL COMUNE DI SAN POLO DI PIAVE**

**Provincia di TREVISO**

**via pec** comune.sanpolodipiave@legalmail.it

**via e-mail** protocollo@comune.sanpolodipiave.tv.it

**RICHIESTA PER ASSEGNAZIONE BUONO ALIMENTARE**

(DA COMPILARE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO LEGGIBILE)

I/La sottoscritto/a .....

recapito telefonico ..... cellulare .....

e-mail .....

**CHIEDE**

Per sé stesso o per il proprio nucleo familiare (convivente)

In nome e per conto di .....

nato/a a .....Provincia (.....) il ...../...../.....

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a ..... in via.....

in qualità di .....

(specificare: tutore, amministratore di sostegno, familiare delegato)

l'assegnazione dei buoni spesa per l'acquisto di generi di prima necessità, prodotti alimentari, prodotti per l'igiene personale e della casa e per i farmaci a favore di persone e/o famiglie in condizioni di disagio economico e sociale:

**consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del su citato D.Lgs. 445/2000**

## DICHIARA

- a. Di essere nato a ..... Prov..... il..... ;
- b. Di essere residente a SAN POLO DI PIAVE - CAP. 31020 (TV)  
in Via ..... n. ....

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- c. Che il proprio nucleo familiare è composto da n° \_\_\_\_\_ persone, di cui:
- n° \_\_\_\_\_ minori a carico del nucleo familiare
  - n° \_\_\_\_\_ anziani di età pari o superiore a 65 anni

La cui composizione è la seguente:

	Cognome nome	Grado di parentela	Data di nascita	Professione
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

- d. Di appartenere a un nucleo familiare con ISEE in corso di validità (Indicatore Situazione Economica Equivalente) pari a € \_\_\_\_\_
- e. Di USUFRUIRE / NON USUFRUIRE (barrare la corrispondente) di misure di sostegno al reddito (ADI, Carta acquisti, NASPI, Contributi economici da regione o comune, emporio solidale) e/o redditi esenti IRPEF (es. indennità di accompagnamento o pensione INAIL)

In caso affermativo, di usufruire:

- di misure di sostegno al reddito nella misura di € \_\_\_\_\_
- di redditi esenti IRPEF nella misura di € \_\_\_\_\_

- f. Di BENEFICIARE / NON BENEFICIARE (barrare la corrispondente) di interventi erogati da soggetti di Terzo Settore (Caritas, CRI, Associazioni di Volontariato, Banco Alimentare, altro):  
in caso affermativo Specificare la tipologia: .....

- g. *Di essere residenti nel Comune di San Polo di Piave / di essere cittadini italiani o di Stato aderente all'Unione Europea o non aderente all'Unione Europea ma con permesso di soggiorno o carta di soggiorno in corso di validità (cancellare opzione non corrispondente alla propria situazione)*
- h. *Di trovarsi in stato di bisogno, ovvero in uno stato di oggettive difficoltà economiche, tali da non riuscire a far fronte all'acquisto di generi alimentari e farmaci, comprovabile da documentazione allegata (conti correnti bancari, postali, depositi, ecc.)*

Il sottoscritto dichiara infine

- di aver preso atto che i dati personali presenti nella presente istanza/autodichiarazione verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D. Lgs. N. 196/2003 e ss.mm.ii. e con la presente ne autorizza l'utilizzo.
- che nessun familiare del nucleo beneficiario gode di altre entrate oltre a quelle sopra dichiarate e documentate.

San Polo di Piave, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SI ALLEGA:**

- o *copia documento d'identità in corso di validità o eventuale delega del richiedente,*
- o *copia del titolo di soggiorno per i cittadini di uno Stato non aderente all'Unione Europea*
- o *copia della certificazione ISEE, ovvero altra documentazione attestante la condizione reddituale*
- o *copia del certificato di invalidità*
- o *copia della documentazione patrimoniale mobiliare (deposito bancario, postale, ecc.)*

.....  
**RISERVATO AL COMUNE:**

N° di buono: \_\_\_\_\_

Importo complessivo: \_\_\_\_\_

DATA CONSEGNA	
QUANTITA' BUONI SPESA	
NUMERO DI SERIE	
FIRMA PER RICEVUTA	