

**EMERGENZA SANITARIA LEGATA AL DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19**  
**MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE**

MODELLO ISTANZA DI ACCESSO AI "BUONI SPESA" DI CUI ALL'ORDINANZA DEL  
CAPO DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29/03/2020

Al Sindaco del  
Comune di Monte di Procida

*da inviare a mezzo email all'indirizzo: [sosccovid19mdp@gmail.com](mailto:sosccovid19mdp@gmail.com)*

**La domanda di accesso al beneficio a valere sul Fondo di solidarietà alimentare può essere presentata solo da uno dei componenti del nucleo familiare.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_, Via/Piazza \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, recapito  
telefonico \_\_\_\_\_ - Codice Fiscale \_\_\_\_\_, trovandosi in uno stato  
di bisogno che, allo stato, gli preclude la possibilità di procurarsi ed acquistare generi alimentari e di prima  
necessità per sostenere il proprio nucleo familiare,

**CHIEDE**

di poter accedere al beneficio del "Buono Spesa" di cui all'art. 1, comma 3, dell'Ordinanza del Capo della  
Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020, per l'acquisto di alimenti di prima necessità.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 e consapevole delle conseguenze  
penali previste in caso di rilascio di dichiarazioni false o mendaci,

**DICHIARA, PER SE E PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE**

*(barrare le voci che interessano):*

- di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_;
- di essere percettore di Reddito di cittadinanza per un importo di € \_\_\_\_\_;
- di trovarsi nella condizione di disoccupato a far data dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e che prima di tale data era  
impiegato presso \_\_\_\_\_ con la mansione di \_\_\_\_\_;
- di non avere accesso ad alcuna forma di sostegno alimentare (es. Banco Alimentare, Caritas, ecc.);
- di non percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare  
pubblico;
- di percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare  
pubblico nella misura mensile di € \_\_\_\_\_;
- di aver perso il lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati da Governo  
e Regione Campania in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19. A tal fine  
dichiara che era impiegato presso \_\_\_\_\_, con la mansione di \_\_\_\_\_ e  
che il rapporto si è interrotto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di non aver richiesto e di non essere destinatario di alcuna delle misure di sostegno economico previste  
dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto "Cura Italia") pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del  
17/03/2020;

di aver richiesto, in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, l'accesso ad una delle misure di sostegno economico \_\_\_\_\_ (specificare quale) previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto "Cura Italia") pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020;

che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_ componenti, di cui n. \_\_\_\_ figli e n. \_\_\_\_ altro, conformemente a quanto risultante dallo stato di famiglia;

che il reddito percepito nell'anno 2018 è stato pari ad € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_;

che l'attuale disponibilità economica in riferimento ad entrate recenti e/o giacenza su c/c o altri strumenti di deposito immediatamente smobilizzabili non consentono l'approvvigionamento di generi alimentari o di prima necessità;

**Eventuali note:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto. I dati richiesti, che non rappresentano in alcun modo motivi di esclusione, sono necessari ai fini di dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici, finalizzata all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare.**

**Il/La sottoscritto/a prende atto e dichiara di accettare, altresì, che, successivamente all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare, il Comune di Monte di Procida procederà alla messa a disposizione dell'importo riconosciuto soltanto una volta ricevuto l'accredito delle risorse necessarie da parte dello Stato.**

Allega alla presente copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità.

Firma

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2020 \_\_\_\_\_

*Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza il Comune di \_\_\_\_ al trattamento dei propri dati personali, esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all'art. 13 del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dall'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).*

**N.B.: Il Comune di Monte di Procida si riserva la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati, procedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace, alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente.**