



COMUNE DI CAVA MANARA

Provincia di Pavia

Via L. Manara, 7 – 27051 Cava Manara (PV) – Tel. 0382/5575 – Fax 0382/554110 – Partita IVA 00467120184
e-mail info@comune.cavamanara.pv.it - URL www.comune.cavamanara.pv.it

Richiesta sostegno Emergenza COVID19

Dichiarazione sostitutiva di certificazione (Art.46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ e residente a Cava Manara (PV) in

Via/Piazza _____ n. _____

C.F. _____ recapito telefonico _____

e-mail _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dall'art. 46 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

RICHIEDE

Di usufruire del buono spesa previsto dall'art. 2 del D.L. 23/11/2020, n. 154 (in base a quanto previsto dall'Ordinanza del Dipartimento di Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020) al fine di poter far fronte alle esigenze alimentari e di prima necessità del proprio nucleo familiare composto dalle seguenti persone (indicare nome, cognome e data di nascita):

DICHIARA (barrare la voce o le voci che interessano)

- che il proprio nucleo familiare è in difficoltà nell'acquisto di generi alimentari e di prima necessità a causa dell'emergenza COVID-19 che ha determinato la sospensione o la riduzione dell'attività lavorativa. Specificare l'attività lavorativa: _____
- che nessuno dei componenti del nucleo familiare è percettore di altra misura di intervento statale (ad es. disoccupazione, cassa integrazione ordinaria, cassa integrazione in deroga, Reddito di Cittadinanza, REI, ecc.) a sostegno di situazione di emergenza sociale di qualsiasi tipo;
- che almeno uno dei componenti del nucleo familiare è percettore di altra misura di intervento statale (ad es. disoccupazione, cassa integrazione ordinaria, cassa integrazione in deroga, Reddito di Cittadinanza, REI, etc.) a sostegno di situazione di emergenza sociale di qualsiasi tipo;
- che nessuno dei componenti del nucleo familiare è titolare di pensione o è iscritto ad altre forme previdenziali;
- Altro (specificare) _____

Allega un documento di riconoscimento del sottoscrittore.

Cava Manara, lì (data) _____

IL DICHIARANTE (firma leggibile)

I buoni spesa saranno erogati fino ad esaurimento delle risorse assegnate a questo Comune che ne darà tempestiva comunicazione. Richiesta da inoltrare entro e non oltre venerdì 18/12/2020

Le dichiarazioni saranno sottoposte a controllo ed eventuali dichiarazioni mendaci saranno oggetto di riferimento all'Autorità giudiziaria.

Ai sensi del D. Lgs. 101/2018 e del Regolamento UE n. 679/2016, si informa che i dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati e utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionale ad esso collegate.