

AL COMUNE DI TRECASTAGNI
AREA METROPOLITANA DI CATANIA
Servizi Sociali
Mail: servizi.sociali@comune.trecastagni.ct.it

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ NATO/A A _____
IL _____ RESIDENTE A _____, VIA _____
CF: _____, TELEFONO DI CASA _____
CELLULARE _____ MAIL _____,

**CHIEDE L'ASSEGNAZIONE STRAORDINARIA DI BUONO SPESA, CONSAPEVOLE
CHE LA STESSA RIMANE CONDIZIONATA ALLA DISPONIBILITA' FINANZIARIA E
ALLA VALUTAZIONE DEL PROFILO DI NECESSITA' E BISOGNO**

a tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445, e consapevole
delle sanzioni civili e penali in cui si incorre in caso di dichiarazioni mendaci (art. 76)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', CONSAPEVOLE DELLE
CONSEGUENZE IN CASO DI DICHIARAZIONE MENDACE, CHE:**

- IL NUCLEO FAMILIARE E' COMPOSTO COMPLESSIVAMENTE DA N. _____
SOGGETTI, DI CUI N. _____ MINORI , N. _____ PORTATORI DI DISABILITA' IN
CONDIZIONE DI GRAVITA'.
- NESSUN ALTRO COMPONENTE FAMILIARE HA PRESENTATO MEDESIMA ISTANZA.
- NESSUN COMPONENTE FAMILIARE ATTUALMENTE PERCEPISCE REDDITO DA
LAVORO. NESSUN COMPONENTE FAMILIARE PERCEPISCE AMMORTIZZATORI
SOCIALI, OVVERO NASPI, OVVERO CASSA INTEGRAZIONE, OVVERO
TRATTAMENTO ORDINARIO DI INTEGRAZIONE SALARIALE O DI ACCESSO
ALL'ASSEGNO ORDINARIO CON CAUSALE "EMERGENZA COVID-19.
- NESSUNO COMPONENTE FAMILIARE PERCEPISCE RDC(REDDITO DI
CITTADINANZA) O REI.

OVVERO

- LA QUOTA MENSILE DI REDDITO DI CITTADINANZA O REI, E' DI € _____
PER N. _____ COMPONENTI FAMILIARI.

DATA _____

FIRMA _____

SI ALLEGA DOCUMENTO