

## ALLEGATO 1

Al Comune di Ficarazzi  
Settore I Amministrativo  
Servizi sociali  
Pec: [protocollo@cert.comune.ficarazzi.pa.it](mailto:protocollo@cert.comune.ficarazzi.pa.it)  
E-Mail [protocollo@comune.ficarazzi.pa.it](mailto:protocollo@comune.ficarazzi.pa.it)

*Domanda di accesso ai buoni spesa Ordinanza protezione civile n. 658/2000 e Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà*

*(artt. 46 e 47 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)*

Il/la Sottoscritto/ \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_

### CHIEDE

**Di accedere alla concessione del beneficio economico dei buoni spesa, attivato dal Comune di Ficarazzi di cui all'avviso pubblico "SOLIDARIETA' ALIMENTARE E DI PRIMA NECESSITA' MEDIANTE BUONI SPESA A FAVORE DI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI BISOGNO CONSEGUENTE ALL'EMERGENZA DA PREVENZIONE DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS COVID-19", di cui ha preso visione e accetta le condizioni**

Consapevole del fatto che, in caso di mendace dichiarazione, verranno applicate nei suoi riguardi, ai sensi dall'art. 76 del Decreto del Presidente della Repubblica n. 445, le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci e che si andrà in corso a decadenza dal beneficio e al relativo recupero

### DICHIARA

- Di essere residente nel Comune di Ficarazzi
- Di non essere percettore, unitamente agli altri componenti del nucleo familiare, di alcuna forma di sostegno economico pubblico, compreso reddito di cittadinanza, Rei, Naspi, pensioni, assegni sociali o altre forme di sostegno previste a livello locale e regionale
- Di avere avuto una sospensione totale dell'attività lavorativa in attuazione dei DPCM in materia di contenimento e gestione dell'emergenza Covid-19 con privazione, nel mese di marzo 2020, di qualsiasi fonte di reddito
- Di non essere titolare, unitamente agli altri componenti del nucleo familiare, di depositi/conti correnti bancari e/o postali con giacenza superiore a euro 5.000,00.

### DICHIARA INOLTRE

Che il proprio nucleo familiare è composto come segue:

	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto con il dichiarante	Attività lavorativa o stato di disoccupazione
1	Dichiarante			
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

### DICHIARA E AUTOCERTIFICA

*(Compilazione eventuale)*

la propria condizione di disagio socio-economico conseguente alla attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi: (indicare eventuali ulteriori motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione e dell'entità del contributo)

---

---

---

Autorizza il Comune di Ficarazzi a inoltrare comunicazioni afferenti la procedura di affidamento tramite posta elettronica certificata al seguente indirizzo \_\_\_\_\_ o tramite posta elettronica ordinaria al seguente indirizzo \_\_\_\_\_ e indica ai fini di ogni contatto necessario il seguente recapito telefonico \_\_\_\_\_

La presente verrà trasmessa agli organi di polizia tributaria per la verifica delle dichiarazioni rese.

Ficarazzi, \_\_\_\_\_

**FIRMA**

---

***La dichiarazione qualora sottoscritta in forma autografa deve essere corredata da fotocopia di documento di identità del sottoscrittore.***

#### **Trattamento dei Dati Personali**

Il trattamento dei dati personali è effettuato nel rispetto delle disposizioni del GDPR (regolamento UE 2016/679) con le limitazioni previste dalla vigente normativa per il periodo di emergenza. I dati trattati saranno utilizzati esclusivamente per l'applicazione delle misure emergenziali e comporta il trasferimento dei dati ai soggetti che contribuiscono alle procedure e operazioni anche in relazione a dati inerenti le condizioni economiche e familiari nonché per la gestione finanziaria e contabile dei pagamenti. Il conferimento dei dati è obbligatorio ed il trattamento avviene senza consenso dell'interessato in virtù di specifico obbligo legale e conseguente rapporto contrattuale (prestazione del servizio di assistenza).

**FIRMA**

---