



CITTA' DI AFRAGOLA

Città Metropolitana di Napoli

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 Afragola

Al Dirigente del Servizio Politiche Sociali

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 ad **Afragola**, 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



CITTA' DI AFRAGOLA

Città Metropolitana di Napoli

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 Afragola 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.

_____, ___/___/2020

Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza il Comune di Afragola 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 Afragola 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.

Il Presente modello di domanda, compilato in ogni sua parte insieme al proprio documento di



CITTA' DI AFRAGOLA

Città Metropolitana di Napoli

riconoscimento, dovrà essere inviato a mezzo mail all'indirizzo: buonispesa.afragola@gmail.com, oppure se non si possiede un indirizzo di posta elettronica è possibile inviare la domanda a mezzo Whatsapp, inviando una foto leggibile della domanda compilata e del documento di riconoscimento ai numeri 3791975621 – 3294936301 – 3881872559 – 3278789178 – 3883733590 - 3884825349.

Per chiedere assistenza ed informazioni per la compilazione del presente modulo è possibile contattare i numeri 3512951872 - 3392265063