



# CITTA' DI GALLIPOLI

SETTORE 1 - SEZIONE SERVIZI SOCIALI - U.O. N° 16

**OGGETTO:** misure urgenti di solidarietà alimentare - ocdpc n° 658 del 29 marzo 2020 normativa di Protezione Civile\_ Modulo di richiesta buoni spesa o generi di prima necessità.

Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, C.F.  
\_\_\_\_\_  
Tel /cell \_\_\_\_\_  
Doc.di identità \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ (**allegare copia**)

## CHIEDE

Di poter beneficiare di una misura di sostegno al reddito. A tal fine

## DICHIARA

- di non essere beneficiario o che i componenti del proprio nucleo familiare non sono beneficiari delle misure di sostegno al reddito **REI, RED, RDC**, né di altro contributo economico;
- di essere beneficiario o che i componenti del proprio nucleo familiare sono beneficiari di una delle seguenti misure di contrasto alla povertà con relativo importo (**SPECIFICARE ULTIMO MESE E IMPORTO MENSILE**):
  - RED – reddito di dignità \_\_\_\_\_
  - REI – reddito di inclusione \_\_\_\_\_
  - RDC – reddito di cittadinanza \_\_\_\_\_
- Di non essere, in questo momento di emergenza sanitaria ed economica, in grado di provvedere ai bisogni primari per sé stesso e per il proprio nucleo familiare;
- Di non svolgere alcuna attività lavorativa e di non essere posto in CASSA INTEGRAZIONE ai sensi dell'art. 48 del DPCM 17.03.2020 (C.D. Decreto Cura Italia);
- Di non percepire ulteriori emolumenti economici – in caso contrario **specificare** quale con relativo **importo mensile** (NASPI o MINI NASPI, assegno di invalidità, rendita INAIL e trattamenti di quiescenza ect.): \_\_\_\_\_
- Che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato medesima istanza;
- Che **l'ultimo reddito/retribuzione mensile** percepita dall'intero nucleo familiare è pari ad €: \_\_\_\_\_ (indicare  **mese e importo**);
- Che il proprio nucleo familiare è composto da n° adulti  n° Minori  n° disabili

**COGNOME  
NOME**

**E LUOGO E DATA  
NASCITA**

**RELAZIONE  
PARENTELA**

**ATTIVITA' LAVORATIVA  
(prima \_\_\_\_\_ dello \_\_\_\_\_ stato  
emergenziale, anche saltuaria)**

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|

|  |
|--|
|  |
|--|



# CITTA' DI GALLIPOLI

SETTORE 1 - SEZIONE SERVIZI SOCIALI - U.O. N° 16

- di trovarsi a dover fronteggiare una straordinaria situazione di disagio socio-economico, a causa dell'attuale emergenza epidemiologica da Covid-19, in quanto se stesso o i componenti del proprio nucleo familiare:
- ha dovuto chiudere la propria attività lavorativa (specificare l'attività lavorativa, con denominazione e indirizzo):
- sono in cassa integrazione dal  e percepirò circa €  (specificare datore di lavoro);
- sono stato licenziato in data  da  (specificare datore di lavoro);
- svolgevo attività lavorativa saltuaria e non contrattualizzata fino al ;
- devo sostenere le spese **mensili** del canone di locazione per un importo pari ad € ;
- devo sostenere spese farmaceutiche, prive di esenzione ticket, per un importo settimanale pari ad €  in quanto  (specificare patologia);

Il/la sottoscritto/a dichiara altresì

- Di essere consapevole di quanto prescritto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro nel caso di dichiarazioni mendaci;
- Di essere a conoscenza che l'Amministrazione Comunale si riserva di verificare la veridicità delle informazioni rese e provvederà alla revoca del beneficio indicato in oggetto in caso di dichiarazioni mendaci e falsità in atti;
- Di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14 GDPR n° 679/2016 e della normativa nazionale, che dati personali raccolti saranno trattati, in forma scritta e/o su supporto magnetico, elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. E' informato/a, inoltre, che il conferimento dei dati è necessario per la determinazione del beneficio indicato in oggetto e che un eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.

Gallipoli, lì

**IL/LA DICHIARANTE**

---

Le domande dovranno pervenire presso il protocollo comunale, la sede della Protezione Civile CIR Gallipoli ed Associazioni del Terzo Settore del territorio comunale oppure inviate, anche a mezzo mail, all'indirizzo **pec: [servizisociali.comunegallipoli@pec.rupar.puglia.it](mailto:servizisociali.comunegallipoli@pec.rupar.puglia.it)**

Si dichiara, infine, di aver preso visione e di accettare integralmente l'informativa sulla privacy pubblicata per il presente modulo dal Comune di Gallipoli sul trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di attribuzione del beneficio in oggetto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Reg. EU 2016/679.

**Allega** copia del documento di identità in corso di validità.

Gallipoli,

**FIRMA**

---