

DICHIARA

- che nessun componente del proprio nucleo familiare ha presentato domanda presso altro Comune italiano;
- di avere la residenza nel Comune di Castel di Sangro;
- di essere impossibilitata/o a raggiungere la propria residenza;
- per i cittadini stranieri non UE, di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità;
- che il proprio nucleo familiare convivente è composto da n. ____ persone di cui: n. _____ minori da 0 a 3 anni;
- che nessun componente del nucleo familiare percepisce altre forme di sostegno al reddito erogate da Enti Pubblici;
- di percepire forme di sostegno economico quali: Reddito di Cittadinanza, REI, Contributo per l'affitto, sussidio economico;
Specificare _____,
dell'importo mensile di € _____
- di non percepire altre forme di sostegno;
- di non essere proprietario di immobili (con esclusione della casa di abitazione);
- _____ d
i non avere disponibilità economiche (per sé e/o il proprio nucleo familiare) su conti correnti bancari, postali, ecc... sufficienti per l'acquisto di beni di prima necessità;
- di trovarsi nella seguente condizione di bisogno a causa dalla situazione emergenziale in atto (COVID-19):
 - perdita del lavoro dipendente
 - altro (*specificare*)

Di seguito il recapito per comunicazioni e consegna dei buoni spesa

Piazza/ Via _____ Scala/Interno _____

Comune _____ CAP _____

Nome sul citofono _____

Altro recapito telefonico _____

Castel di Sangro, ____/____/_____

Firma

Allega:
copia documento d'identità in corso di validità
eventuale delega del richiedente