

AI COMUNE DI CASTEL DI SANGRO  
PEC: [comune.casteldisangro.aq@pec.comnet-ra.it](mailto:comune.casteldisangro.aq@pec.comnet-ra.it)  
Mail: [ecad6sangrino@comune.casteldisangro.aq.it](mailto:ecad6sangrino@comune.casteldisangro.aq.it)  
Tel. info: 0864/8242217

**RICHIESTA ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO A FAVORE DI PERSONE E/O FAMIGLIE IN CONDIZIONE DI DISAGIO ECONOMICO E SOCIALE CAUSATO DALLA SITUAZIONE EMERGENZIALE IN ATTO, PROVOCATA DALLA DIFFUSIONE DI AGENTI VIRALI TRASMISSIBILI (COVID -19)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ - ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- Per se stesso o per il proprio nucleo familiare (convivente);
- In nome e per conto di \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ - ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

codice fiscale 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, \_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_  
*(specificare: tutore, amministratore di sostegno, familiare delegato)*

l'assegnazione dei buoni spesa per l'acquisto di generi di prima necessità, prodotti alimentari, prodotti per l'igiene personale e della casa a favore di persone e/o famiglie in condizioni di disagio economico e sociale causato dalla situazione emergenziale in atto, provocata dalla diffusione di agenti virali trasmissibili (COVID-19):

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del su citato D.Lgs. 445/2000

## 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*