

Al Comune di Escalaplano

SERVIZIO SOCIALE

OGGETTO: ISTANZA PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI PER L'ACQUISTO DI PRODOTTI TIPICI DELLA PANIFICAZIONE A LUNGA CONSERVAZIONE E DI FORMAGGI OVINI, CAPRINI, VACCINI, ESCLUSO IL PECORINO ROMANO

Il/La sottoscritto/a _____ Nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____ residente ad Escalaplano in via _____ N° _____

Residente in Sardegna dal _____ Cellulare _____

e-Mail _____ PEC _____

CHIEDE

di poter beneficiare dei **“BUONI SPESA PER L'ACQUISTO DI PRODOTTI TIPICI DELLA PANIFICAZIONE A LUNGA CONSERVAZIONE E FORMAGGI OVINI, CAPRINI E VACCINI, ESCLUSO IL PECORINO ROMANO”**

A tal fine:

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000, (l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

- Di aver preso visione dell'avviso pubblico, riportante i criteri di ammissione al contributo, redatto secondo le disposizioni di cui all'allegato alla delibera della Giunta Regionale n. 63/13 del 11.12.2020;
- di essere a conoscenza che i buoni potranno essere utilizzati, entro e non oltre il **31 OTTOBRE 2022**, per l'acquisto di prodotti tipici della panificazione a lunga conservazione e di formaggi ovini, caprini e vaccini, escluso il pecorino romano, presso le aziende aventi sede operativa o unità locali site nel territorio regionale, il **cui elenco è stilato e pubblicato dalla Regione Sardegna** ([link](#)) e sarà altresì pubblicato nel sito del Comune di Escalaplano e divulgato mediante altri mezzi di informazione;
 - Che il proprio nucleo familiare, quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica, è così composto:

nr.	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela con il dichiarante
1	Dichiarante:		DICHIANANTE
2			
3			
4			
5			
6			

- Che il nucleo familiare si trova in condizioni di indigenza in quanto percettore di:

(obbligatorio barrare una opzione)

- Reddito di cittadinanza
- Pensione di cittadinanza
- REIS

O in alternativa

- L'ISEE del proprio nucleo familiare è pari a € _____ (l'importo deve essere inferiore a € 9.360,00 o € 11.700,00 per nuclei familiari di soli anziani con almeno 67 anni)

DICHIARA ALTRESI'

- Che i dati forniti sono completi e veritieri
- Di aver preso visione dell'Avviso e di condividerne i contenuti per averli letti e appieno compresi.
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo (residenza, composizione del nucleo familiare, situazione lavorativa ecc.);
- Di rispettare le ulteriori disposizioni e scadenze che saranno comunicate dal Comune e di essere a conoscenza che il procedimento è sottoposto a scadenze stabilite dalla Regione Autonoma Sardegna;
- Di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art.75 D.P.R. 445/2000, qualora da un controllo delle dichiarazioni rese emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, fermo restando le ulteriori conseguenze previste dalla normativa vigente e la restituzione delle somme percepite indebitamente;

Escalaplano, lì _____

Firma del richiedente _____

Allegare:

- Copia del documento di identità** del richiedente in corso di validità
- Copia dell'attestazione ISEE o in alternativa** condizione di indigenza del nucleo familiare, che sussiste nella presenza di una delle seguenti ipotesi attestazione INPS del riconoscimento del beneficio del Reddito di cittadinanza ovvero della Pensione di cittadinanza.

N.B. L'autodichiarazione deve essere firmata con firma leggibile e presentata unitamente ad una copia del documento di identità del richiedente