



COMUNE DI FARRA DI SOLIGO  
PROVINCIA DI TREVISO

**DOMANDA DI ACCESSO AL BUONO SPESA**

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione**  
(art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ provincia ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Identificato a mezzo del documento di riconoscimento in corso di validità \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

1 – che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_ persone di seguito elencate:

| <b>Nome e cognome</b> | <b>Rapporto di parentela/affinità</b><br>(coniuge, figlio, suocero...) | <b>Professione</b><br>(lavoratore, studente, disoccupato...) |
|-----------------------|--|--|
| 1 .....               | .....  | .....  |
| 2 .....               | .....  | .....  |
| 3 .....               | .....  | .....  |
| 4 .....               | .....  | .....  |
| 5 .....               | .....  | .....  |
| 6 .....               | .....  | .....  |
| 7 .....               | .....  | .....  |
| 8 .....               | .....  | .....  |
| 9 .....               | .....  | .....  |



**COMUNE DI FARRA DI SOLIGO**  
**PROVINCIA DI TREVISO**

2 – che il proprio nucleo familiare così come sopra composto si trova nell'impossibilità di approvvigionarsi di beni di prima necessità a causa del venir meno della fonte abituale di reddito o in quanto privo di reddito direttamente disponibile e di qualsiasi forma di sostentamento reperibile anche attraverso disponibilità bancarie, postali e di qualsiasi altro genere (es. affitti, redditi immobiliari, prodotti assicurativi, titoli, obbligazioni, conto titoli in azioni, fondi comuni e comunque qualsiasi strumento finanziario in genere) o altro che si renda velocemente monetizzabile;

3 – che i componenti del proprio nucleo complessivamente percepiscono le seguenti misure pubbliche a sostegno del reddito:

- ✓ cassa integrazione ordinaria e in deroga € \_\_\_\_\_
- ✓ pensione di anzianità € \_\_\_\_\_
- ✓ pensione di invalidità € \_\_\_\_\_
- ✓ pensione di inabilità € \_\_\_\_\_
- ✓ contributi pubblici legati a progetti specifici (es. RIA) € \_\_\_\_\_
- ✓ Reddito di Inclusione € \_\_\_\_\_
- ✓ Reddito di Cittadinanza € \_\_\_\_\_
- ✓ Altro (specificare) \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_
- ✓ Altro (specificare) \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_
- ✓ Altro (specificare) \_\_\_\_\_ € \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

come previsto dall'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile numero 658 del 29 marzo 2020 di essere destinatario delle risorse di solidarietà alimentari per i seguenti motivi (es. indicare da quando il reddito familiare si è ridotto, l'ultimo stipendio/fattura/prelievamento conto soci ..., percepiti dai componenti del nucleo e il relativo ammontare, cessazione o sospensione dell'attività professionale/artigianale/produttiva ed ogni altra causa idonea a giustificare la richiesta):

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**COMUNE DI FARRA DI SOLIGO**  
**PROVINCIA DI TREVISO**

**ALLEGA**

fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Il sottoscritto autorizza altresì il trattamento dei dati personali forniti ai sensi degli articoli 11 e 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, numero 196 e successive modifiche e integrazioni, per le finalità di cui alla presente domanda. Tutti i dati di cui verrà in possesso l'Amministrazione comunale di Feltre saranno trattati nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, numero 196, e al Regolamento UE 2016/679.

FARRA DI SOLIGO,

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante  
(per esteso e leggibile)

N.B.

La domanda può essere inoltrata:

- ✓ a mezzo posta elettronica all'indirizzo [protocollo@farra.it](mailto:protocollo@farra.it);
- ✓ oppure a mezzo posta elettronica certificata (PEC) all'indirizzo [comune.farradisoligo.tv@pecveneto.it](mailto:comune.farradisoligo.tv@pecveneto.it);
- ✓ in sola via residuale potrà essere raccolta la domanda presso l'Ufficio Servizi Sociali previo appuntamento telefonico allo 0438901509 – 0438901516.

