



# COMUNE DI DOMUS DE MARIA

\*\*\*\*\*

Via Garibaldi n.2 – 09010 Domus de Maria SU

AL COMUNE DI DOMUS DE MARIA

Ufficio Servizi Sociali

## **OGGETTO: MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_, residente a Domus de Maria, in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
ATTUALMENTE DOMICILIATO IN VIA \_\_\_\_\_ recapito  
telefonico (obbligatorio) \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

di essere inserito nel programma di **MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE**  
per l'ottenimento di un buono di generi alimentari di prima necessità del valore di circa € 150,00.

A tal fine, consapevole che, ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti e consapevole di quanto disposto dagli art. 77 del medesimo D.P.R. 445/2000 in merito alla decadenza dei benefici, **dichiara di trovarsi in situazione di disagio economico e di non poter provvedere al sostentamento del proprio nucleo familiare in quanto (descrivere brevemente la propria situazione):**

---

---

---

---

- che la propria famiglia anagrafica risulta così composta:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Rapporto parentela

DI AVERE LE SEGUENTI ENTRATE ECONOMICHE:

---

---

DI NON AVERE NESSUNA ENTRATA ECONOMICA.

Dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy allegata all'avviso pubblico e di accettarne le condizioni.

FIRMA

Allega:

- copia documento d'identità