



**COMUNE DI BRUNATE**

Provincia di Como  
Tel. 031/220.301 Telefax 031/221.357  
Cod. Fiscale 80010180133  
Partita I.V.A. 00707370136  
e-mail info@comune.brunate.co.it

***Istanza per l'attivazione di interventi di solidarietà alimentare  
in ambito sociale***

Rif. Ordinanza di Protezione Civile n°658 del 29.03.2020  
Presidenza del Consiglio dei Ministri

Spett.le  
Settore Servizi Sociali  
Comune di Brunate  
Sede.

Il/la sottoscritto/a: (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_  
Comune o stato estero di nascita: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ n. telefonico/cell: \_\_\_\_\_  
Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Codice fiscale: \_\_\_\_\_

ai sensi di quanto disposto dall'Ordinanza di Protezione Civile n°658 del 29.03.2020

**DICHIARA**

in qualità di diretto interessato

per conto di:

(Cognome): \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_  
Comune o stato estero di nascita: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Data di nascita: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ n. telefonico/cell: \_\_\_\_\_  
Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Codice fiscale: \_\_\_\_\_

**Nella funzione di:**

Amministratore di Sostegno

Tutore

Curatore

Altro \_\_\_\_\_

Con allegata delega a rappresentare e fotocopia documento d'identità n° \_\_\_\_\_ rilasciato da  
\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_

**DI VIVERE IN CONDIZIONE DI NECESSITA'**

**CHIEDE**

**L'erogazione del seguente intervento o prestazione sociale:**

**BUONO SOCIALE** per l'acquisto di generi alimentari presso gli esercizi commerciali indicati dall'Amministrazione Comunale di Brunate;

**E per i seguenti motivi:**

\_\_\_\_\_

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali per falsità in atti e dichiarazioni mendaci così come previsto ai sensi dell'art. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

**DICHIARA**

che il **BENEFICIARIO** dell'intervento o prestazione sociale:

I\_\_I Beneficia di interventi a carattere socio-economico, previdenziale da parte di Enti Pubblici nell'anno 2020 e per la seguente tipologia ed importo:

I\_\_I Che i componenti del nucleo anagrafico interessato non percepiscono compensi, rendite, assegni economici ed assistenziali oltre a quelli dichiarati;

I\_\_I Che, oltre a quanto dichiarato il nucleo anagrafico interessato percepisce compensi, rendite, assegni economici ed assistenziali o beni (*specificare la tipologia e quantificare l'importo mensile*)

1) **che i componenti del nucleo anagrafico interessato sono i seguenti:**

(famiglia anagrafica e altri soggetti considerati a carico ai fini IRPEF)

N°	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data nascita	di	Rapporto di parentela con il richiedente
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

**ALLEGA**

- Copia documento d'identità
- Altra documentazione attestante la condizione di bisogno

Indica in caso di accoglimento della domanda, quale referente dell'intervento /servizio:

- Se medesimo
- Il sig/sig.ra :

(Cognome): \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Comune o stato estero di nascita: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_/\_\_/\_\_ n. telefonico/cell: \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto/a in caso di accoglimento della presente, si impegna a segnalare con immediatezza all'Amministrazione Comunale di Brunate, qualsiasi variazione dei dati dichiarati nella presente.**

**DICHIARA**

*di essere informato, tramite apposita informativa resa disponibile dall'ente a cui è indirizzato il presente documento, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (RGPD-UE 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente istanza/dichiarazione viene resa.*

\_\_\_\_\_, il \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AI SERVIZI SOCIALI**

Preso atto delle dichiarazioni rese e valutata la documentazione allegata, l'istante:

- Viene ammesso ai seguenti benefici:
- Viene escluso da ogni beneficio per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lì, .....

Il Responsabile del servizio