

Compilazione richiesta

## Dati anagrafici

Testo di help configurabile.

### DATI ANAGRAFICI

Cognome *	Nome *	
<input type="text" value="TIZIO"/>	<input type="text" value="CAIO"/>	
Luogo di nascita *	Provincia di nascita *	Data di nascita *
<input type="text" value="COMO"/>	<input type="text" value="COMO"/>	<input type="text" value="01/01/1990"/> 
Comune di residenza *	Provincia di residenza *	
<input type="text" value="Genova"/>	<input type="text" value="GE"/>	
Indirizzo *	N. civico *	CAP *
<input type="text" value="SEMPRONIO"/>	<input type="text" value="200"/>	<input type="text" value="22100"/>
Codice Fiscale *	Digita nuovamente il Codice Fiscale *	
<input type="text" value="TZCSMP90G24C933Z"/>	<input type="text" value="TZCSMP90G24C933Z"/>	

## Documento

Testo di help configurabile.

### DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

Tipo documento *	N. documento *
<input type="text" value="Carta Identità"/> ▼	<input type="text" value="AA1234567"/>
Rilasciato da *	Data scadenza validità *
<input type="text" value="COMUNE"/> ▼	<input type="text" value="01/01/2025"/> 

## Recapiti

Testo di help configurabile.

### RECAPITI (almeno uno obbligatorio)

N. telefono cellulare	N. telefono fisso
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email	
<input type="text"/>	

## Dichiarazioni

Testo di help configurabile.

che il proprio nucleo familiare è in difficoltà nell'acquisto di generi alimentari e di prima necessità a causa dell'emergenza COVID-19 che ha determinato un perdita/riduzione significativa delle entrate della famiglia	<input type="text" value="Sì"/> ▼
--	-----------------------------------

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' CHE: (digitare un numero per ogni voce):

numero componenti del nucleo familiare residenti nel Comune di Genova, compreso il dichiarante (indicare numero)	<input type="text" value="4"/>
di cui minorenni (non compiuto il 18esimo anno d'età) (indicare numero)	<input type="text" value="2"/>
di cui con disabilità (L 104/92) (indicare numero)	<input type="text" value="0"/>
componente del nucleo familiare percepisce altro sostegno pubblico (indicare numero)	<input type="text" value="0"/>

### DICHIARA ALTRESI':

che nessuno dei componenti del nucleo familiare può ritirare i buoni personalmente a causa di malattia, quarantena preventiva, decorso post ospedaliero, pertanto richiedo la consegna dei buoni a casa (barrare la casella)

### DICHIARA INOLTRE DI ESSERE CONSAPEVOLE:

- che sono condizioni di esclusione:
  - A- non essere residenti nel Comune di Genova
  - B- la situazione relativa alle entrate del nucleo non è modificata dall'emergenza COVID -19
- che NON possono essere presentate più richieste di buono alimentare dai diversi componenti il nucleo familiare;
- che è possibile delegare un familiare in forma scritta, con documento del delegante e del delegato;
- che è possibile richiedere la consegna a casa dei buoni se i componenti del nucleo familiare non possono ritirarli personalmente;
- delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/10/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità;
- che ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 le informazioni indicate nella presente dichiarazione verranno utilizzate unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite;
- che l'Amministrazione si riserva la possibilità di effettuare successivi verifiche e controlli.

Per inviare la domanda è necessario confermare le dichiarazioni

Sì  No

Verifica

  

 **Invia la domanda**