



# COMUNE DI TRECCHINA

Provincia di Potenza

*Ufficio Socio Assistenziale*

E-MAIL(ufficio): [comune@comune.trecchina.pz.it](mailto:comune@comune.trecchina.pz.it)

(modello ed.1)

Spett.le  
**COMUNE DI TRECCHINA**  
Ufficio Socio Assistenziale  
Via Roma, 17  
85049 – TRECCHINA – PZ

OGGETTO: Emergenza COVID – 19 – Ordinanza del capo del Dipartimento della Protezione civile n. 658 del 29.marzo.2020 –  
**DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DI UN BUONO PER L'ACQUISTO DI ALIMENTARI O BENI DI PRIMA NECESSITA'**

Il sottoscritto / la sottoscritta

_____	_____
Cognome	Nome
____/____/____	_____
Data di nascita	Luogo di nascita
_____	_____
Residente a (comune)	Via/piazza e n. civico
_____	_____
Recapito telefonico	indirizzo di posta elettronica

**CHIEDE**

**La concessione di un buono per l'acquisto di generi alimentari o beni di prima necessità, ai sensi dell'ordinanza di cui oggetto.**

**DICHIARA**

consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, falsità di atti ed uso di atti falsi, così come stabilito dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

- di essere **residente nel Comune di TRECCHINA,**
- **PER I CITTADINI STRANIERI NON APPARTENENTI ALL'UNIONE EUROPEA** di essere **in possesso di titolo di soggiorno in corso di validità;**
- di trovarsi **in stato di bisogno** causato da .....

Via Roma 17 – 85049 – Trecchina (PZ) - ☎ 0973 826002 - 📠 0973 826777

Sito internet: <http://www.comune.trecchina.pz.it> ~ E-Mail: [comunetrecchina@rete.basilicata.it](mailto:comunetrecchina@rete.basilicata.it)



# COMUNE DI TRECCHINA

Provincia di Potenza

*Ufficio Socio Assistenziale*

E-MAIL(ufficio): [comune@comune.trecchina.pz.it](mailto:comune@comune.trecchina.pz.it)

- che il proprio nucleo familiare **non percepisce attualmente altra forma di reddito**;
  - di **non essere beneficiario di altra forma di sostegno al reddito erogato da Enti Pubblici**
  - **(in caso affermativo) di essere beneficiario** di altra forma di sostegno al reddito nella misura mensile di € .....;..... erogato da: .....
  - che il proprio **nucleo familiare** è composto da n. .... persone (di cui n. ....minori di anni 12 e n. .... con problemi di salute certificati);
  - altre informazioni utili (es. casi eccezionali) .....
- .....

Trecchina \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

.....  
(firma del richiedente)

**>>> ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' <<<**

Note:

Le domande dovranno pervenire al Comune di Trecchina preferibilmente utilizzando i canali informatici e pertanto tramite posta elettronica o fax ai seguenti recapiti:

e-mail: [comune@comune.trecchina.pz.it](mailto:comune@comune.trecchina.pz.it)

FAX: 0973-826777