

## MODELLO DI DOMANDA E CONTESTUALE DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA

AL COMUNE DI SORSO  
Ufficio Servizi Sociali  
[protocollo@pec.comune.sorso.ss.it](mailto:protocollo@pec.comune.sorso.ss.it)  
[protocollo@comune.sorso.ss.it](mailto:protocollo@comune.sorso.ss.it)

SEDE

**Oggetto: Richiesta concessione Buoni Acquisto anno 2025.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a Sorso, Via/ /P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Visto l'avviso pubblico emesso dal Comune di Sorso in esecuzione della Determinazione Dirigenziale n.1 del 16/01/2025, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice penale e dalle leggi speciali in materia

### DICHIARA

(per i soli cittadini stranieri non appartenenti all'unione europea) di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità con scadenza \_\_\_\_\_ (*Allegare*);

che il reddito percepito dal proprio nucleo familiare nel mese precedente (Es. faccio la domanda a febbraio, devo dichiarare il reddito mensile percepito a gennaio) è il seguente:

MENSILITA'(indicare)	DATA PERCEPIMENTO (1)	PERCETTORE (2)	IMPORTO (3)	NATURA REDDITO (4)
2025			€	
			€	
			€	
		<b>TOTALE MENSILE</b>	€	

(1) *Indicare la data in cui si è percepito il reddito*

(2) *Indicare il componente della famiglia che ha percepito il reddito in quel mese*

(3) *Indicare l'importo percepito da quel componente della famiglia in quel mese*

(4) *Indicare il tipo di reddito (es. da lavoro dipendente, pensione, assegno unico, assegno di mantenimento, NASPI, Assegno di Inclusione, Supporto Formazione Lavoro, REIS...)*

che il proprio nucleo familiare NON HA PERCEPITO REDDITO nel mese precedente.

**TANTO SOPRA PREMESSO CHIEDE**

<b>TIPOLOGIA BUONO (A)</b>	<b>DA SPENDERE PRESSO (B)</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO (D)</b>	

(A) *Indicare se Buono Spesa, Buono Farmaci o Buono Bombola*

(B) *Indicare l'esercizio commerciale presso cui si vogliono spendere i Buoni Spesa o Buoni Farmaci*

**N.B. la richiesta di Buoni Farmaci dovrà essere accompagnata dal piano terapeutico (rilasciato da medico specialista o medico di medicina generale) e dal preventivo della farmacia scelta, debitamente timbrato, firmato e datato. Non verranno rilasciati Buoni Farmaci in assenza del piano terapeutico.**

**DICHIARA ALTRESI'**

di impegnarsi ad acquistare **solo** i prodotti riportati nell'elenco allegato alla presente domanda, con la consapevolezza che **il Comune effettuerà i controlli sugli scontrini ed escluderà dalla successiva erogazione di Buoni chiunque non rispetti le limitazioni poste dall'art.8 del Bando;**

che quanto riportato nella presente istanza corrisponde a verità e di essere consapevole che l'Amministrazione comunale, anche avvalendosi delle forze dell'ordine ed in particolare della Guardia di Finanza, effettuerà gli opportuni controlli, preventivi e successivi, con l'accesso alle banche dati INPS, INAIL, Agenzia delle Entrate, ecc., essendo altresì consapevole delle conseguenze penali che la legge prevede in caso di dichiarazioni mendaci rese alla pubblica amministrazione in sede di auto-dichiarazione e/o auto-certificazione.

**N.B.** Nell'invio via mail, la sottoscrizione può essere sostituita dalla trasmissione del documento d'identità in corso di validità ed in tal caso la domanda sarà ritenuta sottoscritta.

**SI ALLEGA (Obbligatoriamente):**

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità
- ISEE 2025 Ordinario o Corrente
- Copia del titolo di soggiorno in corso di validità (Solo per i soli cittadini stranieri non appartenenti all'unione europea)
- Copia del piano terapeutico (rilasciato da medico specialista o medico di medicina generale) e del preventivo della farmacia scelta, debitamente timbrato, firmato e datato (In caso di richiesta di Buoni Farmaci).

Sorso, \_\_\_\_\_

Firma

## **PRODOTTI AMMESSI E NON AMMESSI ALL'ACQUISTO**

### **CON I BUONI SPESA**

#### **PRODOTTI AMMESSI:**

- ❖ Pasta
- ❖ Pane
- ❖ Riso
- ❖ Latte
- ❖ Farina
- ❖ Uova
- ❖ Lievito
- ❖ Burro
- ❖ Olio di semi e di oliva
- ❖ Frutta e verdura
- ❖ Prodotti in scatola (quali legumi, tonno, carne, mais, ecc.)
- ❖ Passata e polpa di pomodoro
- ❖ Zucchero
- ❖ Sale
- ❖ Carne e pesce
- ❖ Prodotti alimentari e per l'igiene per l'infanzia (omogeneizzati, biscotti, latte, pannolini, ecc.)
- ❖ Prodotti per l'igiene intima e la cura della persona (shampoo, bagno schiuma, sapone intimo, dentifricio, assorbenti igienici, deodorante e carta igienica)
- ❖ Detersivo piatti e lavastoviglie
- ❖ Detersivo per il bucato
- ❖ Prodotti pulizia casa e superfici (bagno e pavimenti)
- ❖ Acqua
- ❖ Succhi di frutta
- ❖ Caffè, The o tisane
- ❖ Prodotti da forno per la prima colazione (biscotti, fette biscottate e merendine)
- ❖ Marmellata
- ❖ Cibi per particolari regimi alimentari (prodotti per celiaci, prodotti per determinate allergie, cibi vegani)
- ❖ Salse e condimenti (maionese, ketchup, ecc.)

#### **PRODOTTI NON AMMESSI:**

- ✓ Prodotti di Cosmesi (tinture capelli, creme depilatorie, creme viso, ecc.)
- ✓ Prodotti di gastronomia pronti
- ✓ Gamberoni e gamberi
- ✓ Bevande alcoliche
- ✓ Bevande analcoliche ed energy drink
- ✓ Lotterie e gratta e vinci
- ✓ Snack salati
- ✓ Prodotti per la cura igienica e l'alimentazione di animali domestici

### **CON I BUONI FARMACI**

#### **PRODOTTI AMMESSI:**

- Farmaci corrispondenti al piano terapeutico;
- Prodotti curativi richiesti dallo specialista o dal medico di medicina generale;

#### **PRODOTTI NON AMMESSI:**

- Farmaci e prodotti curativi non inseriti in un piano terapeutico;
- Abbigliamento;
- Scarpe;
- Prodotti cosmetici.