



# COMUNE DI VILLA SANTO STEFANO

*Prov. di Frosinone*

*(Pubblica Benemerenza al merito Civile)*

**Al Comune di Villa Santo Stefano**

**Piazza Cardinale Domenico Iorio n.1**

**03020 Villa Santo Stefano (FR)**

DISPONIBILITÀ AD ACCETTARE I BUONI SPESA E I BUONI FARMACI, EROGATI DAL COMUNE DI VILLA SANTO STEFANO (FR), DA DESTINARE ALLE FAMIGLIE RESIDENTI, IN SITUAZIONE DI CONTINGENTE INDIGENZA ECONOMICA DERIVANTE DAL PROLUNGARSI DELL'EMERGENZA COVID- 19.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

Codice fiscale/P.IVA \_\_\_\_\_; in qualità di (titolare, gestore, legale rappresentante) \_\_\_\_\_ dell'attività commerciale di generi alimentari/

farmacia, denominata \_\_\_\_\_ e

ubicata a Villa Santo Stefano, in via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

## DICHIARA

la propria disponibilità ad accettare i "buoni spesa" e i "buoni farmaci", che saranno erogati dal Comune di Villa Santo Stefano (FR) a favore delle famiglie residenti, in situazione di contingente indigenza economica derivante dal prolungarsi dell'emergenza COVID- 19, presso l'esercizio sopra indicato, è consapevole che i relativi pagamenti saranno effettuati dal Comune di Villa Santo Stefano con scadenza quindicinale dietro presentazione di scontrino fiscale o fattura.

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi del D. Lgs n. 196/03 sul trattamento dei dati personali, che i dati forniti saranno utilizzati esclusivamente in trattamenti necessari al procedimento connesso al presente avviso

Villa S.Stefano, \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_