

OGGETTO: Domanda di ammissione alle misure urgenti di solidarietà alimentare.

Il/La Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in questo comune in via _____ n. _____
Tel./cellulare _____ e-mail _____

Chiede

di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare, definite da questa Amministrazione a seguito dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 658 del 30/03/2020;

A tal fine, consapevole 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

Dichiara

Di far parte di un nucleo familiare particolarmente esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e di essere in stato di bisogno, in quanto:

- Il mio NUCLEO FAMILIARE è compreso di n. _____ persone
Di cui minori _____
Di cui anziani _____
Di cui disabili _____
- Di essere DISOCCUPATO dal _____
- Di essere LAVORATORE DIPENDENTE (indicare la professione)
presso l'Azienda _____ situata a _____, di
essere impossibilitato dalla data _____ a svolgere lavoro a causa
dell'emergenza coronavirus ed in particolare per il seguente motivo: _____

_____ e di NON percepire il normale stipendio mensile né di essere beneficiario di una forma di ammortizzatore sociale;

- Di essere LAVORATORE AUTONOMO (indicare la professione _____
_____ con attività svolta nel Comune di _____ e di
essere impossibilitato a svolgere lavoro a causa dell'emergenza sanitaria in atto, in
particolare per il seguente motivo: _____
_____ e
di NON ESSERE beneficiario di una forma di ammortizzatore sociale;
- Di essere LAVORATORE STAGIONALE o PRECARIO (professione _____ e
indicare il settore _____ e di NON ESSERE beneficiario di una forma di ammortizzatore sociale;

- Di non percepire il Reddito di Cittadinanza
- Di percepire il Reddito di Cittadinanza dell'importo mensile di € _____
- Di non percepire la Pensione di Cittadinanza
- Di percepire la pensione di cittadinanza dell'importo mensile di € _____
- Che nessun'altro componente del nucleo familiare dispone di risorse sufficienti al mantenimento della famiglia;

- Che al 31 marzo 2020 la giacenza media in banca è inferiore a 3.000 euro;
- Di NON essere percettore di altre forma di sostegno al reddito da altro Ente (es. INPS)
- Altra condizione da segnalare che illustri le ragioni dello stato di bisogno: _____
- Di NON percepire altri tipi di entrate o rendite;
- Di NON disporre di depositi bancari e/o postali e titoli azionari e obbligazionari.
- che nessuno del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico.

Allega fotocopia carta d'identità o di altro documento di identità ed autorizza i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (es. *anagrafe, servizi sociali ecc.*) e nazionali (es. *INPS, Guardia di Finanza ecc.*) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.

Autorizza il trattamento dei dati personali a mente della normativa nazionale e comunitaria in materia di privacy.

Salerano sul Lambro _____

Firma del dichiarante

(firma per esteso e leggibile)

SPAZIO RISERVATO AI SERVIZI SOCIALI

Acquisiti i seguenti documenti:

- Visura relativa allo stato di famiglia anagrafico;
- Documenti relativi ad altri contributi comunali, regionali e nazionali
-

l'istante:

- Viene ammesso ai seguenti benefici: BUONO SPESA di € _____
- Viene escluso da ogni beneficio per i seguenti motivi:

Lì,

Il Responsabile del servizio
