|  |
| --- |
| **OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE ALLE MISURE DI “SOLIDARIETA” ALIMENTARE”EMERGENZA COVID -19 -ORDINANZA DI PROTEZIONE CIVILE N. 658 – MISURE URGENTI.** |

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’OCDPC n. 658 del 29/03/2020

DICHIARA A TAL FINE

**ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole di quanto previsto dal successivo all'art. 75 in materia di decadenza dai benefici e dall'art. 76 che stabilisce che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti,**

**dichiara**

* Di essere residente nel comune di ;
* che il proprio nucleo familiare è esposto agli effetti economici derivanti dall’emergenza epidemiologica COVID -19 e si trova in stato di bisogno;
* che il proprio nucleo familiare si trova in stato di bisogno;
* Di aver sospeso o chiuso la propria attività lavorativa consistente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a seguito dell’emergenza epidemiologica, e, che attualmente il proprio nucleo non beneficia di alcuna altra misura di sostegno pubblico al reddito;
* Di essere dipendente di impresa che ha sospeso la propria attività o che ha chiuso a seguito dell’emergenza COVID- 19;
* Di essere inoccupato/disoccupato e non riesce, in questa fase dell’emergenza, ad acquistare beni alimentari e di prima necessità;
* altro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre che nel proprio nucleo familiare:**

* Nessun componente del proprio nucleo percepisce reddito derivante da lavoro dipendente/ pensione o altre forme di reddito etc;

Oppure

* Percepisce mensilmente euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ derivante da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che il sottoscritto o altro componente del nucleo familiare ha fatto richiesta di sostegno pubblico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ma che attualmente non percepisce nessuno sostegno;
* È percettore di altre forme di sostegno al reddito erogate da stato, regione o enti locali per un importo mensile pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* che nessuno del nucleo familiare beneficia attualmente di altre forme di sostegno pubblico;

Oppure

* che il sottoscritto o altro componente del nucleo familiare beneficia di altre di forme di sostegno pubblico (indicare quale e in che misura):
  + Reddito di Cittadinanza per l’importo mensile di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Naspi, indennità di mobilità o cassa integrazione per l’importo mensile di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Pensione per l’importo mensile di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per l’importo mensile di € \_\_\_\_\_\_\_\_

**Che il proprio nucleo familiare, oltre il richiedente, è così composto**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| COGNOME | NOME | Età | INDICARE EVENTUALI INVALIDITA’ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Il comune si riserva la facoltà di eseguire in ogni momento controlli, anche a campione, per la verificare la veridicità delle dichiarazioni contenute nella presente domanda;

E 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 a seguito di violazione.

ALLEGA

* Copia di documento d’identità in corso di validità;
* Informativa effettuata ai sensi dell’art. 13 Regolamento (UE) n.2016/679 (RGDP) e del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 ss.mm.ii

Luogo e Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_