**DOMANDA PER L’ACCESSO ALLE MISURE URGENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE PER EMERGENZA CORONAVIRUS PACCHI ALIMENTARI**

**(ai sensi del l’OCDPC 29 marzo 2020 n. 658 e DL 154 23 novembre 2020)**

Al Comune di Soragna

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o sostitutiva dell'atto di notorietà, resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445 e s.m.i.

Il sottoscritto (cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n\_\_\_\_\_\_

Numero carta d’identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con scadenza il \_\_\_\_\_\_

Telefono fisso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CHIEDE

-di partecipare all’assegnazione di buoni spesa, ai sensi dell’ordinanza della Protezione Civile n. 658/2020e DL 154 23 novembre 2020, per sé stesso e per il proprio nucleo familiare come di seguito indicato:

**A tal proposito, consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del DPR /n.445/2000**

**DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L’INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOTTO**

**Di trovarsi in situazione di precarietà economica determinata da almeno una delle seguenti condizioni:**

* + perdita di entrate reddituali in conseguenza della cessazione e/o riduzione obbligatoria dell’attività produttiva di ogni genere in base ai DPCM ed alle altre disposizioni contro il coronavirus;
  + perdita di entrate reddituali in conseguenza alla perdita/sospensione o riduzione dell’attività lavorativa (a causa della chiusura o della limitazione delle attività di cui alla precedente lettera a) di uno dei componenti;
  + perdita di entrate reddituali derivante dalla mancata riattivazione del tirocinio in relazione all’emergenza sanitaria coronavirus;
  + riduzione del reddito dovuta al decesso di un componente del nucleo familiare causa COVID-19;

che il nucleo è anagraficamente composto da:

n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ componenti

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minorenni

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ disabili

n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anziani

- di avere un’attestazione ISEE 2020:

* ordinario di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€
* corrente di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €
* di non essere beneficiari (nel proprio nucleo familiare) di ammortizzatori sociali o di altri sussidi di provenienza statale, regionale e/o comunale
* di essere beneficiari dei seguenti ammortizzatori sociali o altri sussidi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un totale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ € / mensili
* di essere in carico al servizio sociale territoriale
* di non essere in carico al servizio sociale territoriale
* che i redditi da lavoro/pensione percepiti dal nucleo familiare alla data di presentazione sono mensilmente pari a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

-di disporre di depositi bancari/postali/titoli pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- di essere informato che le domande incomplete saranno escluse

Ai fini della concessione di tale misura di supporto emergenziale, il sottoscritto autorizza il Comune di Soragna e l’ASP Distretto di Fidenza al trattamento dei dati sopra riportati, ai sensi di quanto previsto dalla normativa vigente con particolare riferimento al D.Lgs. 196/2003, del D.Lgs n.101/2018 e al Regolamento UE 2016/679.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_