**AL COMUNE DI CELLENO**

..l.. sottoscritt…\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Cognome e Nome*

nat… a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Luogo di nascita data di nascita*

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(barrare solo in caso di appartenenza)*

* Appartenente a nucleo familiare senza alcun tipo di reddito
* Appartenente a nucleo familiare monoreddito

**CHIEDE**

di avere accesso all’assegnazione degli aiuti per l’acquisto di generi alimentari di prima necessità previsti dalla Delibera della Giunta Comunale n 149/2020 e/o D.L. n. 154 del 23.11.2020 nonché dalla DGR Lazio 946/2020,

Per il seguente motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A tale scopo, consapevole che le dichiarazioni non vere sono punite ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità, quanto segue:

* **DI NON SVOLGERE ALCUNA ATTIVITA’ LAVORATIVA DALLA DATA** ……./……/………….
* **DI AVERE CHIUSO LA PROPRIA ATTIVITÀ LAVORATIVA** (esercizio commerciale, azienda, ditta, altro) in data ……./……./……….. a causa emergenza Covid-19
* **DI NON PERCEPIRE ALCUN SOSTENTAMENTO** (es. pensione, reddito di cittadinanza, NaSPI, ammortizzatori sociali, invalidità, ecc):
	+ Prestazioni previdenziali (Pensioni, Invalidità civile, Assegno di Accompagnamento, Invalidità civile INAIL, ecc.)
	+ Di Reddito di Cittadinanza
* **DI PERCEPIRE SOSTENTAMENTO (es. pensione, reddito di cittadinanza, NaSPI, ammortizzatori sociali** *(specificare*)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PARI AD € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili**
* **CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E’ COMPOSTO dai seguenti componenti :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **nome e cognome** | **parentela** | **età** | **Invalidità (si/no)**  | **percepisce reddito si/no** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* **DI ESSERE IN STATO DI BISOGNO E NELL’IMPOSSIBILITÀ ECONOMICA DI SODDISFARE LE NECESSITÀ PIÙ URGENTI ED ESSENZIALI**
* **DI NON AVERE LA DISPONIBILITÀ DI RISORSE PROPRIE IDONEE A GARANTIRE LA SUSSISTENZA IMMEDIATA**
* **DI ESSERE IN CARICO AI SERVIZI SOCIALI COMUNALI E/O DISTRETTUALI.**

**DI IMPEGNARSI AD UTILIZZARE L’AIUTO ECONOMICO CONCESSO X LE FINALITA’ INDICATE** dall’ordinanza del Dipartimento della Protezione Civile n 658 del 29/03/2020 e dalla DGR Lazio 946/2020 e cioè beni di prima necessità, generi alimentari e medicinali.

***Il sottoscritto, in qualità di interessato, dichiara di aver ricevuto e compreso l’informativa prevista dal REG.UE 2016/679 ed autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione/domanda per la finalità ivi indicata.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***DO IL CONSENSO*** |  | ***NEGO IL CONSENSO*** |

 *Firma dell’interessato*

*Luogo, data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*