**Domanda per l‘erogazione di buoni alimentari e/o contributi per il pagamento di canoni di locazione e utenze domestiche**

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………………………………

Nato/a a ………………………………………………………………………………………………………. Prov. (…….)

Residente nel Comune di Trana in via ………………………………………………………..….................

n. telefono ………………………………………………………………………..

codice fiscale …………………………………………………………………………….

documento di identità n. …………............................... rilasciato da ………………………………………………………………… in data …………………………………

chiede l’erogazione di buoni spesa o di generi alimentari e beni di prima necessità e/o contributi per il pagamento di canoni di locazione e utenze domestiche.

**Consapevole delle conseguenze amministrative e penali previste dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, in caso di false attestazioni o dichiarazioni, ivi compresa la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera**

**dichiara:**

1. Che la famiglia convivente, alla data del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, è composta da come risulta da seguente prospetto:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome**  | **Sesso (M/F)** | **Posizione in famiglia** | **Età** | **Professione** | **In carico al Servizio Sociale** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Che la situazione reddituale della famiglia è la seguente:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia di entrata** | **Percepito (SI/NO)** | **Ammontare mensile** | **Data ultima erogazione** |
| Stipendio |  |  |  |
| Cassa integrazione |  |  |  |
| Naspi |  |  |  |
| Mantenimento per sé e/o i figli da parte del coniuge legalmente separato/divorziato  |  |  |  |
| Reddito di Cittadinanza |  |  |  |
| Altre entrate (specificare) |  |  |  |

🞎 di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo famigliare;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tipologia di uscita** | **Ammontare mensile** | **Data ultimo pagamento** |
| Affitto / Mutuo |  |  |
| Farmaci non mutuabili |  |  |
| Assistenza domiciliare / babysitter |  |  |
| Altre spese (specificare) |  |  |

1. di possedere Risparmi: **SI  NO ** se SI, di possedere i seguenti Risparmi:

|  |  |
| --- | --- |
| * Contanti
 | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Depositi bancari
 | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Risparmi postali
 | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Titoli di Stato
 | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Buoni fruttiferi
 | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Interessi da investimenti bancari o postali
 | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Azioni
 | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Altro (specificare) ……………………………..
 | € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. Situazione legata all’emergenza Covid-19 per cui necessita della *misura di solidarietà alimentare e sostegno alle famiglie che versano in stato di bisogno per il pagamento di canoni d’affitto e utenze domestiche:* (es. interruzione attività lavorativa, assenza di reddito negli ultimi due mesi a causa dell’emergenza covid-19):

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

1. di aver preso visione dell’Avviso pubblico del Comune di Trana e dell’allegato contenente l’informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

Si richiede di allegare alla presente richiesta attestazione ISEE in corso di validità.

Luogo/data

La/Il dichiarante

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