

Al Sig.

SINDACO

_____ **FONTEGRECA**

Oggetto : DPCM 29 marzo 2020 – Fondo per la solidarietà alimentare. Richiesta di ammissione al beneficio

Il Sottoscritto _____ nato a _____, il _____ C.F. _____, documento di identità _____ n. _____ residente ad Fontegreca (Ce), alla via _____ n. _____ telefono _____ cellulare _____ mail _____

VISTO quanto disposto dal DPCM 29 marzo 2020 istitutivo di un “fondo per la solidarietà alimentare”;

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio della concessione di un buono spesa alimentare.

A tal scopo, ai sensi del D.P.R. n.445 consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000, n.445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

1. che il proprio nucleo familiare si trova in difficoltà economiche a seguito dell'emergenza COVID-19 ed ha uno dei seguenti requisiti:

(barrare la casella di interesse)

- nucleo monogenitoriale privo di reddito con minori a carico;
- nuclei familiari privi di reddito;
- nucleo monogenitoriale con minori a carico in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari; Indicare situazioni di particolari necessità ed esigenze:

- nucleo familiare monoreddito in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari. Indicare situazioni di particolari necessità ed esigenze:

nuclei familiari in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari. Indicare situazioni di particolari necessità ed esigenze:

2. che il proprio nucleo familiare ha le seguenti caratteristiche:

(barrare la casella di interesse)

- n. _____ minori a carico *(indicare il numero)*;
- n. _____ minori a carico con meno di sei anni *(indicare il numero)*;
- n. _____ di componenti del nucleo familiare *(indicare il numero)*;
- presenza nel nucleo familiare di persone con disabilità permanenti associate a disagio economico e prive di altro introito economico derivante dalla disabilità; indicare il numero di persone e tipologia di disabilità:
-
-

presenza nel nucleo familiare di persone con patologie che determinano una situazione di disagio socio-economico; indicare il numero di persone e tipologia di patologia:

3. che il proprio nucleo familiare risulta così composto:

N.D.	GENERALITA'	NASCITA	RELAZIONE DI PARENTELA
1	NOME _____ COGNOME _____	LUOGO _____ DATA DI NASCITA _____	Persona ad uso della quale è riferita la presente dichiarazione
2	NOME _____ COGNOME _____	LUOGO _____ DATA DI NASCITA _____	

3	NOME _____ COGNOME _____	LUOGO _____ DATA DI NASCITA _____	
4	NOME _____ COGNOME _____	LUOGO _____ DATA DI NASCITA _____	
5	NOME _____ COGNOME _____	LUOGO _____ DATA DI NASCITA _____	
6	NOME _____ COGNOME _____	LUOGO _____ DATA DI NASCITA _____	

4. che nel proprio nucleo familiare:

- NON vi sono assegnatari di sostegno pubblico** (cassa integrazione ordinaria e in deroga, stipendi, pensioni, pensioni sociali, pensione di inabilità, reddito di cittadinanza, contributi connessi a progetti personalizzati di intervento, altre indennità speciali connesse all'emergenza coronavirus ecc.)
- è già assegnatario di sostegno pubblico** (*specificare la tipologia di sostegno*)

per l'importo mensile di euro _____

5. Di non essere detentore di titoli bancari e depositi economici del valore complessivo superiore ad € 1500,00 alla data del 31/03/2020;

6. Che la ultima attività lavorativa svolta dal capofamiglia o dal soggetto o i soggetti che hanno svolto attività lavorativa (anche saltuaria e/o occasionale) è:

capofamiglia _____
altri soggetti _____

7. Di trovarsi altresì in una delle seguenti situazioni di disagio :

- perdita del lavoro per licenziamento ovvero mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici;
- cessazioni di attività libero-professionali o di imprese registrate, derivanti da cause di forza maggiore o da perdita di avviamento in misura consistente;
- malattia grave, handicap, decesso o infortunio di un componente del nucleo familiare che abbia comportato o la consistente riduzione del reddito complessivo del nucleo medesimo o la necessità dell'impiego di parte notevole del reddito per fronteggiare spese mediche e assistenziali.

8. (in caso di percezione di reddito) che le entrate a qualsiasi titolo percepite da tutti i membri del nucleo familiare sono pari ad euro mensili _____;
9. che ha preso visione del disciplinare di attuazione delle misure di cui all'OCDPC 658 del 29/03/2020 approvato con decreto sindacale n. 7 del 01/04/2020;
10. di essere consapevole delle responsabilità penali in caso di falsa dichiarazione ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 e dell'obbligo di restituzione del contributo indebitamente percepito;
11. di essere consapevole che tutti i dati di cui verrà in possesso l'Amministrazione comunale saranno trattati nel rispetto del Codice Privacy D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 2016/679.

Il dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni inerenti i dati indicati

Luogo _____, data _____

Firma leggibile

Si allega **Copia di un documento valido di riconoscimento.**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nella dichiarazione resa ai soli fini della evasione della istanza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Luogo _____, data _____

Firma