

Al Sindaco del comune di Sant'Egidio del Monte Albino

All' Ufficio Politiche Sociali

Loro sedi

Oggetto: Ordinanza n. 658 del 29/03/2020 – EMERGENZA SANITARIA LEGATA AL DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19 – MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

Il Sottoscritto _____

nato a _____, il _____,

residente a _____, alla via _____

TEL. _____ CELL _____

MAIL _____

VISTO quanto disposto dall'Ordinanza n. 658 del 29/03/2020 in relazione alle misure urgenti di solidarietà alimentare;

VISTA l'Ordinanza Sindacale n. 28 del 02.04.2020;

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio delle misure previste.

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

- a) che è residente nel Comune di Sant'Egidio del Monte Albino;
- b) che il proprio nucleo familiare risulta così composto

N.	Nome	Cognome	Luogo di Nascita	Data di Nascita	Parentela
1					
2					
3					
4					

5					
6					
7					
8					

c) che appartiene ad una delle seguenti categorie: **BARRARE LA CATEGORIA DI RIFERIMENTO**

Lavoratori dipendenti la cui attività è stata sospesa dall'emergenza COvd-19, come da Decreti del Presidente del Consiglio in materia di contrasto alla diffusione del Covid-19;

Lavoratori autonomi la cui attività è stata sospesa dall'emergenza COvd-19, come da Decreti del Presidente del Consiglio in materia di contrasto alla diffusione del Covid-19;

Lavoratori con reddito di natura occasionale la cui attività è impedita dall'emergenza Covid-19;

Persone disoccupate/inoccupate che con l'attuale disponibilità economica in riferimento alle entrate recenti e/o giacenze su c/c o altri strumenti di deposito immediatamente smobilizzabili non consentono l'approvvigionamento di generi alimentari o di prima necessità;

Soci lavoratori di società la cui attività è stata sospesa dall'emergenza COvd-19, come da Decreti del Presidente del Consiglio in materia di contrasto alla diffusione del Covid-19;

d) che il proprio nucleo familiare gode di una forma di sostegno economico pubblico (ad es. .Reddito di cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, pensioni, servizio civico comunale, altre forme di sostegno economico previste a livello locale o regionale) e/o di eventuali altri redditi da lavoro dipendente, autonomo ed altre fonti di sostentamento per un totale di euro _____ mensili

e) che nessun altro appartenente al proprio nucleo familiare ha presentato la presente istanza;

f) 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;

g) che il proprio nucleo familiare ha le seguenti caratteristiche:

BARRARE	CRITERI	SPECIFICARE LA SUSSISTENZA DEL REQUISITO ED IL NUMERO DI COMPONENTI RIENTRANTI NELLE VARIE CASISTICHE (DA COMPILARE A CURA DELL'ISTANTE)
a)	presenza di ultra sessantacinquenni nel nucleo familiare oppure di bambini fino a 6 anni	
b)	portatori di handicap nel nucleo familiare	
c)	presenza di soggetti affetti da patologie croniche nel nucleo familiare	
d)	Numero di componenti del nucleo familiare	
e)	avere la residenza/domicilio in un appartamento in locazione	SI / NO

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

Data _____ Luogo _____

Firma leggibile

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).

Firma leggibile

ALLEGA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO