

AL COMUNE DI GALGAGNANO (LO)

mail galgagnano@comune.galgagnano.lo.it

fax 0371 68322

RICHIESTA AMMISSIONE URGENTE ALLE MISURE DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE ED AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R.N. 445/2000

Io sottoscritto/a.....

nato/a ail

residente a in

via.....

Tel

.....

mail (se presente)

.....

chiede

di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare, definite da questa Amministrazione a seguito dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020; ed a tal fine, sotto la mia responsabilità e consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazione mendace

dichiara

di far parte di un nucleo familiare particolarmente esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e di essere in stato di bisogno, in quanto:

- il mio nucleo familiare è composto da n. persone
 - di cui minori
 - di cui anziani
 - di cui disabili

di essere disoccupato dal
.....;

di essere lavoratore dipendente (*indicare la professione*)
presso l'Aziendasituata a
di essere impossibilitato dalla data a svolgere il lavoro a causa dell'emergenza sanitaria in atto ed in particolare per il seguente motivo (*spiegare brevemente*):

.....
.....
.....

e di non percepire il normale stipendio mensile nè di essere beneficiario di una forma di ammortizzatore sociale,

di essere lavoratore autonomo (*indicare la professione*)
con attività svolta nel Comune die di essere impossibilitato a

svolgere il lavoro a causa dell'emergenza sanitaria in atto ed in particolare per il seguente motivo
(spiegare brevemente)

.....
.....

e di NON essere beneficiario di una forma di ammortizzatore sociale;

di essere lavoratore stagionale o precario (*indicare la professione e
indicare il settore*), e di non essere beneficiario di

una tipologia di ammortizzatore sociale,

di essere pensionato (*indicare la tipologia e l'importo netto
mensile*),

di non percepire il Reddito di Cittadinanza,

di percepire il Reddito di Cittadinanza dell'importo mensile di €,

di non percepire la Pensione di Cittadinanza,

di percepire la Pensione di Cittadinanza dell'importo mensile di €,

che nessun altro componente del nucleo familiare dispone di risorse sufficienti al mantenimento
della famiglia;

che al 31 Marzo 2020 la giacenza in banca è inferiore a euro 3.000,00

di NON essere percettore di altre forme di sostegno la reddito da altro Ente (es. INPS ecc...)

altra condizione da segnalare che illustri le ragioni dello stato di bisogno.....

.....
.....
.

che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato istanza di accesso al Fondo di
solidarietà alimentare (ordinanza n. 658 del 29.03.2020);

DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA MANCATA INDICAZIONE DEL NUMERO DI TELEFONO, L'INESATTEZZA DELLO STESSO O LA MANCATA RISPOSTA ALLE TELEFONATE INOLTRE DAL SERVIZIO SOCIALE COMUNALE RENDERA' IMPOSSIBILE PROCEDERE ALL'ACCOGLIMENTO DELLA RICHIESTA.

Con la firma in calce, io sottoscritto presto il consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/16) contenuti nel presente modulo ai sensi e per gli effetti del predetto Regolamento.

Autorizza altresì i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (es. anagrafe, servizi sociali ecc.) e nazionali (es. INPS, Guardia di Finanza ecc.) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.

Autorizza il trattamento dei dati personali a mente della normativa nazionale e comunitaria in materia di privacy.

Galgagnano, (data).....

IL DICHIARANTE

.....

Allego:

Fotocopia Carta d'Identità in corso di validità