

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE
AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE**

PER RESIDENTI COMUNE DI LOZZO ATESTINO IN STATO DI BISOGNO PER EMERGENZA DA COVID-19

l sottoscritt_.....
 nat_ a..... il
 residente a..... Via.....
 tel./cell. e-mail

CHIEDE

che il proprio nucleo familiare risulti beneficiario delle risorse di solidarietà alimentare, buoni spesa – Emergenza Covid 19.

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia e consapevole che potranno essere effettuati successivamente controlli sulla veridicità dei dati.

D I C H I A R A

1 – che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone di seguito elencate:

Nome e cognome	Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero...)	Professione (lavoratore, studente, disoccupato...)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		

Segnare con una crocetta (X) la casella interessata

2 – che il proprio nucleo familiare risulta ad oggi esposto agli effetti economici derivanti dal protrarsi dell'attuale stato di emergenza epidemiologica da virus COVID-19 e tra quelli in stato di bisogno per soddisfare le necessità più urgenti ed essenziali (art. 2 c. 6 dell'Ordinanza nr. 658 del 29.03.2020), per i seguenti motivi:

- ☐ perdita del lavoro causa Covid-19, con ultima presenza lavorativa il giorno: _____
- ☐ sospensione attività lavorativa saltuaria dal giorno: _____
- ☐ riduzione orario lavorativo dal giorno _____ con le seguenti caratteristiche:

- ☐ altro (specificare) _____

3 – di godere/non godere di misure pubbliche a sostegno del reddito (es. cassa integrazione, NASPI, contributo economico, assegno ordinario, reddito di cittadinanza, ecc..).
.....

4 – di essere disoccupato o inoccupato per altre cause non riconducibili al COVID-19;

5– che uno dei componenti il nucleo familiare ha contratto un mutuo per l’acquisto della casa di abitazione (specificare l’ammontare della rata mensile del mutuo che è di € e che ha presentato/non ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo).

6 – di non possedere altre proprietà immobiliari;

7 – che nel proprio nucleo familiare è presente almeno un componente con disabilità/invalidità

8 – che il saldo dell’importo del proprio conto corrente bancario/postale – libretto bancario/postale – carte di credito prepagate, unitamente a quello degli altri componenti del nucleo familiare, non risulta superiore a **€uro 7.500,00** alla data del **30/09/2021** (allegare documentazione);

Di seguito, specifico altre cause a giustificazione della mia richiesta:

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

Lozzo Atestino,

Firma

(Allegare valido documento di identità)

INFORMATIVA PRIVACY

In base al regolamento 2016/679/UE (General Data Protection Regulation – GDPR) “ogni persona ha diritto alla protezione dei dati di carattere personale che la riguardano”. I trattamenti di dati personali sono improntati ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza dell’interessato e i suoi diritti. Il Rappresentante Titolare è il Comune di residenza presso il quale è stata presentata la pratica. Il Delegato al trattamento dei dati che La riguardano è il Sindaco. I dati raccolti potranno essere trattati inoltre a fini di archiviazione (protocollo e conservazione documentale) nonché, in forma aggregata, a fini statistici. I dati saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

Data _____

Firma