

Spett.le

COMUNE DI SAN ROMANO IN GARFAGNANA

c.a. SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA

55038 SAN ROMANO IN GARFAGNANA

DOMANDA BUONI ALIMENTARI

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEL DPCM 28 MARZO 2020 CRITERI DI FORMAZIONE E DI RIPARTO DEL FONDO DI SOLIDARIETA' COMUNALE 2020. MISURE A CONTRASTO DELL'EMERGENZA ALIMENTARE CAUSATA DAL CORONAVIRUS PER AGEVOLARE L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI E DI PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA'

Il sottoscritto/a
nato/a il..... residente a SAN ROMANO
IN GARFAGNANA in Via..... n.....
codice fiscale.....Carta identità nr.....
rilasciata in data..... scadenza.....
Telefono..... Email.....

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R 445 del 28 dicembre 2000 e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art.495 C.P.)

DICHIARA

SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

DI TROVARSI IN STATO DI BISOGNO PER GLI EFFETTI DEI PROVVEDIMENTI RESTRITTIVI DETTATI DALL'EMERGENZA SANITARIA CORONAVIRUS E DI ESSERE NELLA SITUAZIONE AUTOCERTIFICATA

a) il nucleo FAMILIARE è composto da n. persone come segue:

COGNOME E NOME	DATA E LUOGO DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA (es marito/ moglie, convivente, figli, ecc...)	CONVIVENTE NELLA STESSA ABITAZIONE (SI/NO)	DISABILE (SI/NO)	CONDIZIONE LAVORATIVA (OCCUPATO/NON OCCUPATO)

b) **la situazione ABITATIVA è, con riferimento all'anno in corso, la seguente:**

- abitazione di proprietà
- di essere inquilino di un *alloggio di edilizia residenziale pubblica* di proprietà comunale o di proprietà ERP e di pagare un canone mensile di euro.....
- di essere in regola con il pagamento il pagamento affitto si/no (barrare casella)
- di essere moroso per €.....
- di essere inquilino di un alloggio di edilizia residenziale privata e di pagare un canone mensile di affitto di euro.....e di essere in regola con il pagamento dell' affitto SI NO (barrare casella) eventualmente di essere moroso per €.....;

Dichiaro inoltre di essere in possesso di altri immobili/abitazioni: **SI** **NO**

Se si specificare:.....

c) **la situazione LAVORATIVA è la seguente:**

- 1.di ESSERE OCCUPATO in qualità di presso la Ditta
..... con sede (indirizzo)
..... con contratto di lavoro:
- a tempo determinato con scadenza il.....
 - a tempo indeterminato

2. di ESSERE OCCUPATO in qualità di libero professionista/lavoro autonomo:

.....
E dichiara, causa Covid-19, di:

o non lavorare dalla data causa chiusura/sospensione attività subordinata/autonoma determinata da emergenza coronavirus;

o non aver avuto il rinnovo del contratto dalla data causa chiusura/sospensione attività subordinata/autonoma determinata da emergenza coronavirus (**allegare eventuale documentazione**);

o di aver subito una riduzione delle ore lavorative/del reddito da lavoro causa chiusura/sospensione attività autonoma determinata da emergenza coronavirus (**allegare eventuale documentazione**);

Dichiara inoltre di:

- di aver percepito nei mesi precedenti la cessazione del rapporto di lavoro una retribuzione netta mensile pari a: (si allega copia ultimo stipendio)

- di essere in cassa integrazione causa emergenza COVID-19 e di percepire un importo mensile di €(si allega stipendio e/o lettera di dichiarazione cassa integrazione)

3. di NON ESSERE OCCUPATO dal giorno:

d) la situazione REDDITUALE è la seguente:

o di avere un'entrata netta familiare pari a € mensile

o di essere titolare di c/c bancario/postale con un saldo al 30.09.2020 pari a

..... (**si allega copia estratto conto**)

o di percepire indennità di disoccupazione per un importo mensile di €

o di percepire redditi da pensione (specificare nella tabella sotto riportata)

NOME COGNOME	TIPO PENSIONE	SOMMA PERCEPITA (di cui si allega copia)

o di percepire il Reddito di Cittadinanza per un importo mensile di €

o di percepire il seguente sussidioper un importo mensile di €

o di percepire un assegno mensile di mantenimento (per separazione) pari a €

Dichiara inoltre ,

di non fruire di assistenza alimentare da parte di altri organismi che forniscono aiuti alimentari sul territorio (caritas - parrocchie ecc.)

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento Ue n. 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati in forma scritta e/o su supporto magnetico elettronico o telematico, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, e che l'eventuale rifiuto a fornirli o ad acconsentire il loro successivo trattamento, comporta l'impossibilità da parte dell'Ente di dar corso alla domanda.

E' consapevole che l'Amministrazione Comunale effettuerà controlli sulle dichiarazioni rese .

San Romano in Garfagnana, _____

Firma del richiedente

(allegare documento di identità)

SI PRECISA CHE LA DOMANDA PER ESSERE RITENUTA VALIDA DOVRA' ESSERE COMPILATA IN TUTTE LE SUE PARTI E CORREDATA DI TUTTI GLI ALLEGATI . QUALORA NON SIA POSSIBILE ALLEGARE I DOCUMENTI RICHIESTI, QUESTI POTRANNO ESSERE CONSEGNATI AL SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA SUCCESSIVAMENTE ENTRO 10 GIORNI DALLA DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA, ALLEGANDO ALLA STESSA ATTESTAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITA'.