

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE A SEGUITO DELLA PANDEMIA CORONAVIRUS - COVID 19**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

telefono (obbligatorio) \_\_\_\_\_

e-mail (obbligatorio) \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_

senza fissa dimora

domiciliato a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_

richiedente asilo

titolare di permesso di protezione umanitaria

Identificato a mezzo  carta identità,  patente,  passaporto n. \_\_\_\_\_ rilasciato da (Comune, questura, ecc.) \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, valido sino al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_;

consapevole della responsabilità in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del d.p.r. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi dell'art. 46 e 47 del d.p.r. 28/12/2000 n. 445,

**CHIEDE**

di essere assegnatario delle risorse del fondo di solidarietà alimentare previsto dall'ordinanza n.658 del 29 marzo 2020 di cui all'avviso pubblicato sul sito web del Comune di Villasanta in data 24/11/2020 - prot. n. 21479 del 23/11/20

**SI IMPEGNA**

sin da ora a produrre tutta la documentazione che il Comune ritenga necessaria a corredo della presente istanza nonché a fornire ogni notizia utile nel termine di 60 gg. a far data dalla presente richiesta;

**DICHIARA**

1 CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E' COSI' COMPOSTO:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	GRADO DI PARENTELA	0-3 anni*	disabile**

\* Segnare con una x se minore di 3 anni

\*\* Segnare con una x se persona disabile e di seguito indicare gli estremi del certificato di invalidità: rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

2. CHE LA PROPRIA CONDIZIONE ECONOMICA E' LA SEGUENTE

COMPONENTI DEL NUCLEO- FONTE DI REDDITO- n. \_\_

Indicare per ognuno nome, cognome, condizione lavorativa:

- a) NOME E COGNOME \_\_\_\_\_  
CONDIZIONE LAVORATIVA:  
 DIPENDENTE  
 LIBERO PROFESSIONISTA  
 ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_
- b) NOME E COGNOME \_\_\_\_\_  
CONDIZIONE LAVORATIVA:  
 DIPENDENTE  
 LIBERO PROFESSIONISTA  
 ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_
- c) NOME E COGNOME \_\_\_\_\_  
CONDIZIONE LAVORATIVA:  
 DIPENDENTE  
 LIBERO PROFESSIONISTA  
 ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_
- d) NOME E COGNOME \_\_\_\_\_  
CONDIZIONE LAVORATIVA:  
 DIPENDENTE  
 LIBERO PROFESSIONISTA  
 ALTRO (SPECIFICARE) \_\_\_\_\_

3. CHE I COMPONENTI DEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE SONO TITOLARI DEI SEGUENTI CONTI CORRENTI BANCARI/POSTALI:

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

Intestatario C/C \_\_\_\_\_

denominazione Istituto di Credito \_\_\_\_\_

Iban \_\_\_\_\_

**Saldo al 15/11/2020 (allegare fotocopia estratto conto):** \_\_\_\_\_

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_

Intestatario C/C \_\_\_\_\_

denominazione Istituto di Credito \_\_\_\_\_

Iban \_\_\_\_\_

**Saldo al 15/11/2020 (allegare fotocopia estratto conto):** \_\_\_\_\_

4. DI AVER AVUTO NEL PERIODO OTTOBRE NOVEMBRE 2020 UNA RIDUZIONE DEL REDDITO (comprovata e documentabile) PER UNA DELLE SEGUENTI RAGIONI A LUI NON IMPUTABILI:

LICENZIAMENTO del Sig./ra \_\_\_\_\_ dal (MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_

MANCATO RINNOVO DI CONTRATTO A TERMINE O DI LAVORO ATIPICO del Sig./ra \_\_\_\_\_ dal (MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_

RIDUZIONE DELL'ORARIO DI LAVORO del sig./ra \_\_\_\_\_ dal (/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_ (

CHIUSURA DELL'ATTIVITA ECONOMICA ESERCITATA a seguito DPCM 3/11/2020

del sig./ra \_\_\_\_\_ dal (MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_

CESSAZIONE DI ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONISTA O DI IMPRESA REGISTRATA

del sig./ra \_\_\_\_\_ dal (MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_

DECESSO del sig./ra \_\_\_\_\_ dal (MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_

CONTO CORRENTE CONGELATO o non disponibilità temporanea dei propri averi

SOSPENSIONE della borsa lavoro, attività occupazionale o stage

ALTRO (specificare) \_\_\_\_\_

---

5. DI NON ESSERE BENEFICIARIO DI

NASPI

CASSA INTEGRAZIONE

INDENNITA' DI MOBILITA'

CONTRIBUTI ECONOMICI PUBBLICI (specificare) \_\_\_\_\_

REDDITO DI CITTADINANZA

REDDITO DI EMERGENZA

Oppure

CHE E' BENEFICIARIO DI REDDITO DI CITTADINANZA/EMERGENZA DAL (MM/AAAA)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ DI IMPORTO MENSILE DI €. \_\_\_\_\_

Oppure

CHE DAL (MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_ IL REDDITO DI CITTADINANZA/EMERGENZA CHE PERCEPIVA E':

DECADUTO

SOSPESO

REVOCATO

PER LA SEGUENTE MOTIVAZIONE (specificare): \_\_\_\_\_

---

6. CHE NESSUN COMPONENTE DEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E' TITOLARE DI ALTRE RENDITE ECONOMICHE QUALI:

titoli di stato

pensione

altro (specificare) \_\_\_\_\_

7. DI NON AVERE ALCUN ALTRO COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE CHE ABBA PRESENTATO DOMANDA DI ACCESSO AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

8. DI NON AVER ALCUN ALTRO COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE CHE STIA BENEFICIANDO DI CONSEGNA DI BORSA SPESA, PASTI A DOMICILIO, ecc.,

9. CHE LA PROPRIA CONDIZIONE ABITATIVA (comprovata e documentabile) E' LA SEGUENTE:

PROPRIETARIO

intestatario di mutuo stipulato con Agenzia di credito \_\_\_\_\_

dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ rata mensile \_\_\_\_\_

di essere NON in regola con i pagamenti dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_

per un importo pari a \_\_\_\_\_

mutuo sospeso dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_

IN LOCAZIONE

intestatario di contratto stipulato il (mese/anno) \_\_\_\_\_

e registrato il (mese/anno) \_\_\_\_\_ rata mensile \_\_\_\_\_

di essere moroso nel pagamento dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_  
per un importo pari a \_\_\_\_\_

USUFRUTTO

Con contratto stipulato con il sig./ra \_\_\_\_\_  
dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_

10. CHE NESSUN COMPONENTE DEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE SI TROVA NELLA TITOLARITA',  
PROPRIETA' E/O POSSESSO DI ALTRE ABITAZIONI O IMMOBILI
11. DI AVERE PRESO PIENA CONOSCENZA E DI AVERE COMPRESO E ACCETTATO TUTTE LE  
CONDIZIONI STABILITE NELL'AVVISO PUBBLICO DEL 7/4/2020.

### DICHIARA INOLTRE

**DI ESSERE CONSAPEVOLE** che l'Amministrazione Comunale procederà alla verifica dei dati sopra dichiarati e della documentazione eventualmente allegata avvalendosi anche della collaborazione della Guardia di Finanza;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SI AUTORIZZA** l'Amministrazione Comunale al trattamento dei dati personali presenti nell'autocertificazione ai sensi del D Lgs. n. 196/2003 e GDPR Regolamento Ue 2016/679.

**SI ESONERA** l'Amministrazione Comunale da ogni responsabilità per eventuali disguidi imputabili a terzi, a caso fortuito o a forza maggiore.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_