

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 7/4/2020;

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 31/3/2020 (allegare fotocopia estratto conto): _____

NOME E COGNOME _____

Intestatario C/C _____

denominazione Istituto di Credito _____

Iban _____

Saldo al 31/3/2020 (allegare fotocopia estratto conto): _____

4. DI AVER AVUTO NEL PERIODO 1° FEBBRAIO 2020 - 31 MARZO 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'ESERCIZIO COMMERCIALE/ATTIVITA' PROFESSIONALE 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'
- REDDITO DI INCLUSIONE
- CONTRIBUTI ECONOMICI PUBBLICI (specificare) _____
- REDDITO DI CITTADINANZA

Oppure

CHE E' BENEFICIARIO DI REDDITO DI CITTADINANZA DAL (MM/AAAA) ____/____ DI IMPORTO MENSILE DI €. _____

Oppure

CHE DAL (MM/AAAA) ____/____ IL REDDITO DI CITTADINANZA 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 in regola con i pagamenti;
- mutuo sospeso dal (mese/anno) ____/____

IN LOCAZIONE

- intestatario di contratto stipulato il (mese/anno) _____ e registrato il (mese/anno) _____ rata mensile _____

- di essere in regola con i pagamenti
- 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 _____