

**OGGETTO: Domanda di ammissione alle misure urgenti di solidarietà alimentare.**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in questo comune in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel./cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**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 30/03/2020;

**DICHIARA**

**ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole di quanto previsto dal successivo all'art. 75 in materia di decadenza dai benefici e dall'art. 76 che stabilisce che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti,**

- Barrare la voce che interessa

Di essere residente nel comune di Ales

Di essere titolare di PARTITA IVA che ha sospeso l'attività a seguito dell'emanazione dei provvedimenti restrittivi di cui al DPCM DEL 12 MARZO 2020;

Dipendente di impresa che sospeso la propria attività o che non ha aperto a seguito dell'emergenza COVID- 19;

Lavoratore stagionale attualmente privo di occupazione;

Disoccupato;

Altro (specifica-

re) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dichiara inoltre che il proprio nucleo familiare:**

Non ha nessuna fonte di reddito derivante da lavoro dipendente/ pensione etc;

È percettore di reddito di cittadinanza per un importo mensile pari ad € \_\_\_\_\_;

È percettore di NASPI/CASSA INTEGRAZIONE per un importo mensile pari ad € \_\_\_\_\_;

È percettore di altre forme di sostegno al reddito erogate da stato, regione o enti locali pari ad € \_\_\_\_\_;

Possiede i seguenti risparmi familiari pari a € \_\_\_\_\_;

**Che il proprio nucleo familiare è così composto**

COGNOME	NOME	Età	INDICARE EVENTUALI INVALIDITÀ

**Indicare massino n.3 esercizi commerciali (tra quelli previsti nella lista pubblicata nel sito dell'Ente) dove si utilizzeranno i buoni spesa:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

ALLEGA

**fotocopia carta d'identità** o di altro documento di identità ed autorizza 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.

Lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

**SPAZIO RISERVATO AI SERVIZI SOCIALI**

Acquisiti i seguenti documenti l'istante:

- Viene ammesso ai seguenti benefici:
- Viene escluso da ogni beneficio per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ales, .....

Il Responsabile del servizio  
\_\_\_\_\_