

Oggetto: Richiesta buoni spesa utilizzabili per l'acquisto di generi alimentari, di cui al D.L. 154 del 23.11.2020 e all'Ordinanza n. 658 del 29.03.2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile.

AUTOCERTIFICAZIONE FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
residente a _____ (prov. _____) in via _____ n° _____
n° telefono _____ email _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti richiamate dall' art. 76 del D.P.R. 445 del 2000

DICHIARA:

- di essere residente nel Comune di Ambivere;
- che il proprio nucleo familiare si trova in stato di bisogno a seguito dell'emergenza COVID-19;
- che il proprio nucleo familiare risulta essere così composto:

Parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

non ha ricevuto contributi o benefici di alcun tipo nell'arco del 2020 e non è già assegnatario di sostegno pubblico.

(si specifica a tal proposito che verranno effettuati controlli specifici e, qualora risultasse l'omissione di informazioni relative a contributi economici/copertura affitti o benefici di qualsiasi titolo percepiti nell'arco dell'anno in corso, la richiesta verrà dichiarata non ammissibile senza ulteriore comunicazione).

è già assegnatario di sostegno pubblico (specificare la tipologia di sostegno)

Percepisce reddito di cittadinanza

- SI
 NO

Indicare la cifra mensile percepita _____

Ha percepito/sta percependo ulteriori contributi comunali/Azienda Consortile/Parrocchia – enti vari

- Si
 No

Indicare la cifra percepita _____

Residente in alloggio pubblico

- SI
 NO

Appartamento

- Proprietà con mutuo mensile di € _____
 Affitto con canone mensile di € _____
 Proprietà senza mutuo

Percepito buono alimentare in occasione dello scorso bando dei buoni spesa (periodo marzo/aprile)

- SI
 NO

DICHIARA inoltre di possedere almeno una delle seguenti condizioni:

(barrare le condizioni di appartenenza)

- nel proprio nucleo familiare sono presenti n.° ____ minori di età compresa tra 0 e 3 anni,
 In presenza di licenziamento, mobilità, cassa integrazione, perdita o riduzione del lavoro non coperta da ammortizzatori sociali;
 in presenza di sospensione attività di lavoro autonomo non coperta da ammortizzatori sociali;
 disoccupazione;
 mancato rinnovo di contratti a termine;
 accordi aziendali e sindacali con riduzione orario di lavoro;
 incremento di spese certificate sostenute dal nucleo familiare per l'acquisto di farmaci, per garantire interventi socio-assistenziali o per il pagamento di spese socio-sanitarie o funerarie;
 attivazione di servizi a pagamento per l'assistenza a domicilio, di persone fragili che non hanno potuto frequentare centri diurni per anziani/ disabili o progetti personalizzati domiciliari di cui fruivano
 essere una persona con più di 65 anni, con pensione minima o non percepenti pensione,
 che all'interno del suo nucleo monoreddito sono presenti disabili in situazione di fragilità economica;
 all'interno del suo nucleo è presente un soggetto beneficiario del Reddito di cittadinanza attualmente sospeso, revocato e decaduto;
 non avere all'interno del proprio nucleo familiare, percettori di alcun reddito.
 a seguito di malattia intervenuta all'interno dell'emergenza Covid- 19, il proprio conto corrente risulta congelato e/o si è nell'impossibilità temporanea dei propri beni e/o non si possiedono strumenti di pagamento elettronici e si è nella non disponibilità di famigliari/conviventi o figli di provvedere a tale sostentamento.

- eventuale altra situazione non prevista dai punti precedenti che ha comportato problemi economici e dovuta alla presente situazione legata all'emergenza Covid-19

Si chiede di descrivere dettagliatamente la situazione attuale che ha portato alla richiesta

(**ATTENZIONE:** la descrizione è **assolutamente da** intendersi come criterio **indispensabile** per l'eventuale erogazione del contributo – in mancanza di essa sarà impossibile istruire la pratica la quale non verrà presa in considerazione)

DICHIARA inoltre CHE:

- il **reddito mensile netto** del nucleo familiare a partire **dal mese di dicembre 2020** sarà presumibilmente pari complessivamente a euro _____ e sarà così costituito:

<i>Nominativo membro familiare percettore di reddito</i>	<i>Importo mensile netto</i>	<i>Tipologia di reddito (indicare se da lavoro, da pensione o altro)</i>
Totale		

- in data 30/11/2020 erano presenti come **SALDO COMPLESSIVO** sui conti correnti **INTESTATI a componenti del nucleo familiare (conti correnti bancari e postali):**

<i>TIPOLOGIA</i> Indicare se: Conto corrente e carte prepagate con IBAN; Conto deposito a risparmio libero/vincolato (inclusi. Libretti di risparmio postale); Conto terzi individuale/globale	<i>DENOMINAZIONE OPERATORE FINANZIARIO</i>	<i>SALDO ALLA DATA del (31.11.2020)</i>

Attenzione: L'inserimento dei suddetti dati è da ritenersi necessario per l'istruttoria della richiesta, in assenza di tali dati sarà impossibile istruire la presente richiesta la quale, pertanto, verrà dichiarata non ammessa

- Il sottoscrittore dichiara di essere informato che ai sensi degli artt. 13-14 del RGPD-UE 2016/679 i dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da presentata e per le finalità ad essa connesse. Il trattamento dei dati è effettuato con strumenti sia cartacei che informatici e sarà svolto nel rispetto delle misure di sicurezza stabilite nel Regolamento comunale assunto in materia. La mancata comunicazione dei dati comporta la non adozione del provvedimento richiesto. Può essere esercitato il diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione e/o cancellazione dei dati previsto dagli artt.15-22 del Regolamento UE 2016/679;
- Con la firma in calce dichiaro di essere a conoscenza che i propri dati personali, ai sensi e per gli effetti della normativa nazionale (D.Lgs. 196/03 come novellato dal D.Lgs. 101/18) e europea (Regolamento UE 679/16) in materia di privacy, verranno utilizzate per la finalità connessa all'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 30/03/2020 che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.
- di essere informato, ai sensi dell'art.71 del D.P.R. n.445/2000, che l'Amministrazione Comunale potrà effettuare idonei controlli per la verifica di quanto sopra dichiarato con eventuale esibizione anche di documentazione a supporto (incluso Isee nucleo familiare)

-Si allega:

- **Copia di un documento valido di riconoscimento.**

Data _____

Firma _____