

Al Comune di Carimate

Ufficio Servizi Sociali

Mail: assistente.sociale@comunecarimate.it

Pec: comune.carimate@pec.regione.lombardia.it

RICHIESTA EROGAZIONE BUONI SPESA EMERGENZA COVID-19

Il/La sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____

nata/o il _____ a _____ Prov. _____

Stato estero _____ residente nel Comune di _____

prov. _____ CAP _____ Via / Piazza _____ n. _____

n. cellulare/tel. _____ indirizzo e.mail _____

Codice Fiscale _____

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;

Consapevole della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi degli art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445;

DICHIARA

1. che il proprio nucleo familiare anagrafico è così composto (si prega di scrivere in stampatello)

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA /AFFINITA'	CONDIZIONE LAVORATIVA	DISABILE GRAVE SENZA INDENNITA' ACCOMPAGNAMENTO

2. che il nucleo familiare vive in un' abitazione (barrare l'opzione che ricorre)

- di proprietà
- di locazione alloggio pubblico
- di locazione alloggio privato
- di comodato d'uso gratuito
- altro _____

3. di trovarsi in una delle seguenti condizioni (barrare l'opzione che ricorre)

- singoli e nuclei familiari i cui componenti non percepiscono alcuna misura di sostegno al reddito o siano in attesa della loro attivazione (Cassa Integrazione, NASPI, Indennità di mobilità,....)
- di godere di misure pubbliche a sostegno del reddito (es. Cassa integrazione, NASPI, reddito di cittadinanza...) _____ per un importo mensile pari a € _____ (l' importo complessivo non deve essere superiore ad €. 600,00 mensili);
- nuclei familiari con presenza di disabili con invalidità del 100% e/o disabilità grave privi del riconoscimento di indennità di accompagnamento, il cui unico percettore di reddito sia fruitore delle misure di cassa integrazione o misura equipollente con una conseguente contrazione dello stipendio;

4. di possedere una disponibilità finanziaria (saldo bancario/postale/depositi/titoli) di tutto il nucleo familiare, alla data del 30.11.2020 pari a € _____

5. che a seguito dell'emergenza COVID- 2019, a far data dal 23/02/2020, il nucleo familiare ha subito una riduzione/azzeramento del reddito disponibile per i seguenti motivi:

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (Regolamento GDPR)

PRENDE ATTO

Che l'Amministrazione comunale effettuerà gli opportuni controlli direttamente o per il tramite degli organi preposti (GdF ecc.....) in ordine alla veridicità delle attestazioni riportate nell'Autodichiarazione ai sensi del DPR n. 445/2000 "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa";

Luogo e Data _____

FIRMA

(Per esteso e leggibile)

Si allega:

- copia estratto conto alla data del 30.11.2020
- copia documento d'identità in corso di validità