

ALLEGATO 1

**DOMANDA PER L'ACCESSO ALLA MISURA DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE**

La/il sottoscritta/o .....

nata/o a ..... il  
.....

codice fiscale.....

residente a ..... in via .....nr  
.....

e.mail .....

numero di telefono.....,

estremi del documento di identità n° .....

rilasciato il .....da.....

richiede l'erogazione, ai sensi dell'Ordinanza 658 della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29.03.2020 di buoni spesa o generi alimentari e beni di prima necessità per il mese .....

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA**

- di essere (barrare la casella che interessa):

cittadino italiano o di stato appartenente all'Unione Europea

cittadino straniero di stato non appartenente all'Unione Europea, titolare di titolo di soggiorno in corso di validità;

- che alla data di presentazione della domanda nessun componente il nucleo risulta percepire un reddito da lavoro o da pensione per le seguenti motivazioni (barrare le caselle che interessano)

inoccupazione

disoccupazione

cessazione attività lavorativa

!\_! sospensione / interruzione dell'attività lavorativa in adempimento alle misure di contenimento del coronavirus

!\_! altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- che il proprio nucleo familiare è così composto:

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	GRADO PARENTELA

- che il saldo del conto corrente alla data della presentazione dell'istanza è pari ad €.....

- che il saldo del conto corrente al 29 marzo 2020 (data di adozione dell'ordinanza n° 658/2020 della protezione civile) è pari ad €.....

Nel caso che il saldo del conto corrente al 29/03/2020 superi le soglie richieste per l'accesso al contributo motivare di seguito le ragioni della sua riduzione alla data della presentazione della domanda

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

che alla data di presentazione della domanda nessun componente del nucleo risulta essere beneficiario di altre forme di sostegno pubblico (RdC, Rei, NASPI, Contributo Economico comunale, ammortizzatori sociali DL "Cura Italia, cassa integrazione ecc.);

*oppure*

che almeno un componente del nucleo risulta essere beneficiario alla data di presentazione della domanda di una delle seguenti misure:

Misure di sostegno al reddito	Indicare l'importo complessivo mensile
Reddito di cittadinanza	
Reddito di Inclusione	
Naspi	
Indennità di mobilità	
Cassintegrazione	
Contributo comunale di sostegno al reddito	
Ammortizzatori sociali previsti dal D.L. "Cura Italia"	
Altro: specificare	

di segnalare la seguente specifica situazione che non consente di provvedere a soddisfare le necessità più urgenti ed essenziali (*facoltativo*):

---

---

---

---

---

---

di essere a conoscenza che il Comune di residenza, ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, potrà procedere a idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000;

di aver letto l'informativa sulla privacy e di essere a conoscenza che il Regolamento UE 2016/679, in materia di Protezione dei Dati Personali, prevede la tutela della riservatezza dei dati personali relativi alle persone fisiche. I dati personali sono raccolti e trattati dall'amministrazione Comunale esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali inerenti la presente misura;

Luogo/data \_\_\_\_\_

La/Il dichiarante

\_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

- ✓ **FOTOCOPIA DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL DICHIARANTE**

**Da compilare in caso di ricezione domanda mediante colloquio telefonico**

La sottoscritta \_\_\_\_\_  
assistente sociale del comune dichiara di avere raccolto la presente domanda mediante colloquio telefonico  
con il richiedente avvenuto in data \_\_\_\_\_

L'assistente sociale

\_\_\_\_\_