**All 1**

**Istanza**

**AVVISO PER L’EROGAZIONE DI CONTRIBUTI STRAORDINARI  A SOSTEGNO DELLE FAMIGLIE IN SITUAZIONE DI DIFFICOLTA' ECONOMICA A CAUSA  DELL'EMERGENZA SANITARIA PER COVID-19**

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’accesso alla misura per il sostegno socioeconomico per la definizione di un budget familiare di aiuto finalizzato a sostenere le spese a carico del nucleo familiare**

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi dei 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)

 **D I C H I A R A**

- 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;

- di essere residente nel Comune di Bovisio Masciago;

- di aver avuto una diminuzione del proprio reddito per le conseguenze dell’emergenza sanitaria Covid-19, per il/i seguente/i motivo/i:

* perdita del posto di lavoro;
* riduzione dell’orario di lavoro;
* essere destinatari di ammortizzatori sociali (cassa integrazione ordinaria o straordinaria)
* mancato rinnovo dei contratti a termine;
* cessazione di attività libero professionali;
* malattia grave o decesso di un componente portatore di reddito;
* altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(specificare)

- di avere un ISEE ordinario in corso di validità non superiore a €30.000,00;

- che il totale del saldo del conto corrente e/o postale e di eventuali depositi titoli (di tutto il nucleo familiare) è pari complessivamente ad €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**ALLEGA**

- copia del documento d’identità personale del richiedente;

- copia Codice Fiscale del richiedente;

- documentazione attestante la diminuzione del proprio reddito per le conseguenze dell’emergenza sanitaria Covid-19;

- copia contratto di locazione/documentazione attestante il mutuo prima casa in essere al momento della domanda;

- copia Attestazione I.S.E.E. in corso di validità

- altra documentazione utile

Indica le coordinate bancarie per l’accredito del contributo su conto a se stesso intestato o cointestato:

Banca/Posta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agenzia di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

⃝di essere a conoscenza che ai sensi dall’art. 71 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, l’Ente 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 essere informato, ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del D.Lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018, che i dati personali contenuti nella presente istanza verranno trattati esclusivamente per fini istituzionali e per la fruizione di prestazioni agevolate, coerentemente con le disposizioni vigenti in materia;

Luogo/data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ La/Il dichiarante

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