

**AUTODICHIARAZIONE PER LA RICHIESTA DI CONTRIBUTO ALIMENTARE
AI SENSI DECRETO "RISTORI TER" D.L. 23/11/2020 N. 154 - II° AVVISO**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione a/o sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai
sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ Prov. _____
Stato _____ il _____ C. F. _____
residente nel Comune di Cavriglia (AR) - cap. 52022 via/piazza
_____ n. _____ Tel. _____

MEDICO CURANTE _____

Facente parte del nucleo familiare composto da:

Cognome _____	Nome _____	C.F. _____
Cognome _____	Nome _____	C.F. _____
Cognome _____	Nome _____	C.F. _____
Cognome _____	Nome _____	C.F. _____
Cognome _____	Nome _____	C.F. _____
Cognome _____	Nome _____	C.F. _____
Cognome _____	Nome _____	C.F. _____

Si indica la presenza di familiari con riconoscimento di Invalidità Civile (specificare percentuale) e/o
L.104/92 _____

Condizione lavorativa del beneficiario :

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto
dall'art. 76 del D.P.R. 28/10/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

di essere ammesso alle misure previste ai sensi dell'Ordinanza del Dipartimento della Protezione
Civile n. 658/2020 mediante **Buoni spesa e pacco alimentare (se disponibile) del valore
di n.1 buono spesa**

A tal fine, DICHIARA ed AUTOCERTIFICA, per l'intero nucleo familiare di cui sopra:

barrare la casella

di NON ESSERE IN GRADO di soddisfare le necessità urgenti ed essenziali derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 in conseguenza dei seguenti elementi:

(indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione e dell'entità del contributo)

che nessun componente del nucleo familiare ha presentato domanda presso altri Comuni italiani;

per i cittadini non UE, di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità;

di essere già in carico al Servizio Sociale comunale:

SI

NO

che la situazione economica del proprio nucleo è la seguente:

ISEE ORDINARIO ANNO 2020 (oppure anno 2021 se già rilasciato)
(allegare se in possesso) € _____

che nessun componente del nucleo familiare percepisce altre forme di sostegno al reddito erogate da Enti pubblici

di percepire forme di sostegno economico quali: Reddito di cittadinanza, REI, Contributo per l'affitto, sussidio economico, ecc.

Specificare _____,

dell'importo mensile di € _____.

condizione lavorativa dei componenti il nucleo familiare:

ALMENO UN COMPONENTE del nucleo familiare è stato colpito da:

risoluzione del rapporto di lavoro a tempo indeterminato (escluso licenziamento per giusta causa, giustificato motivo soggettivo e per dimissioni volontarie - tranne nel caso che queste ultime siano riconducibili a una prolungata mancata retribuzione) dal _____ descrivere _____

sospensione dell'attività lavorativa, in assenza/attesa di cassa integrazione dal _____ descrivere _____

conclusione del rapporto di lavoro a tempo determinato dal _____
descrivere _____

nel caso di lavoratore dipendente autonomo cessazione/sospensione/consistente riduzione della propria attività, dal _____

descrivere l'attività cessata o sospesa con l'indicazione del codice ATECO di riferimento, del/i componente/i del nucleo familiare interessati della data data dell'accadimento) _____

nel caso di lavoratore intermittente od a chiamata:

consistente riduzione della propria attività dal _____

descrivere l'attività svolta e le ragioni della riduzione intervenuta _____

disoccupato da n. ___ mesi/n. ___anni e privo di NaSpl

descrivere _____

altra motivazione/descrivere in caso di non percettore di alcun sostegno economico pubblico: _____

DICHIARA ALTRESI'

che il nucleo familiare NON è titolare di uno o più depositi e conti correnti bancari e postali, per i quali la sommatoria dei valori del saldo contabile attivo, al lordo degli interessi al 31 ottobre 2020, è superiore ad una soglia di € 6.000,00, accresciuta di € 2.000,00 per ogni componente il nucleo familiare successivo al primo, fino a un massimo di €. 12.000,00.

SI IMPEGNA

a Comunicare entro 30 (trenta) giorni le eventuali variazioni inerenti alla situazione economica che rendano possibile la soddisfazione delle necessità più essenziali e urgenti, autorizzando codesto Ente a effettuare le verifiche circa la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese sopra in conformità al DPR n. 445/00 nella consapevolezza che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del medesimo DPR, oltre a comportare la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti

Il Comune di Cavriglia, in qualità di Titolare del trattamento dei dati personali, le ricorda di sottoscrivere l'informativa relativa al trattamento dei dati personali - ai sensi del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR") e del D. Lgs. 196/2003 come novellato dal D .Lgs.. 101/2018 che rimarrà agli atti del Servizio Sociale.

Tale informativa descrive il trattamento dei dati personali che verrà effettuato al fine di consentirle di usufruire del servizio da lei richiesto in quanto: a) ai sensi dell'art. 6.1. lett. e) GDPR è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento; b) ai sensi dell'art. 9.2 lett. g) GDPR è necessario per motivi di interesse pubblico sulla base del diritto dell'Unione o degli Stati membri. Ulteriori dettagli sono contenuti nell'informativa sopracitata.

Le ricordiamo, inoltre, che il conferimento dei dati personali necessari ai fini dell'erogazione dei servizi richiesti dal/dalla richiedente è facoltativo, ma l'eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità di attivare i servizi richiesti.

Cavriglia, lì _____

firma

_____ (o in sostituzione Esercente Responsabilità Genitoriale / Tutore/Amministratore di Sostegno)

DOMANDA PRESENTATA NELL'INTERESSE O IN NOME E PER CONTO DI ALTRI

La presente domanda è presentata in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale.

Se ricorre il suddetto caso, ogni riferimento al "richiedente" del presente modello, è da intendersi come riferito al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è presentata la domanda.

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. ____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. ____ CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

Documento di riconoscimento _____ Numero _____

Rilasciato da _____ Data (gg/mm/aaaa) _____

Recapito telefonico _____ E-mail _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e civili per falsità in atti e dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art 76 del DPR n. 445 del 20.12.2000, dichiara che quanto dichiarato è vero ed accertabile ai sensi dell'art 43 del DPR suindicato ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti; che è a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli.

Cavriglia, li _____

firma

(o in sostituzione Esercente Responsabilità Genitoriale / Tutore/Amministratore di Sostegno)

** Ai sensi dell'art. 3 comma 11 della Legge n. 127/97 quale modificato dall'art. 2 comma 10 della Legge 16 giugno 1998 n. 191, la sottoscrizione della presente Istanza non è soggetta ad autenticazione qualora sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un **Documento di identità valido del sottoscrittore**. In caso di cittadino extracomunitario andrà esibito il Permesso di soggiorno.

IL DIPENDENTE ADDETTO

(Timbro dell'Ente)

N.B.: la presente domanda, compilata e firmata, completa dell'Informativa sul trattamento dei dati personali firmata per accettazione, unitamente ad una **copia di un documento di riconoscimento**, devono essere inviate a assistente.sociale@comune.cavriglia.ar.it

(In caso di impossibilità all'invio contattare 055 9669734- 055 9669737)