

**All'Ufficio di Servizio Sociale
del Comune di
RIPOSTO**

**Oggetto: Misure finanziarie urgenti di solidarietà alimentare
NOVEMBRE 2020.**

(Decreto-Legge 23 novembre 2020, n, 154 - Ordinanza della Protez. Civile n. 658 del 29 marzo 2020)

Il sottoscritt _____, nat_ a _____
il _____ e residente a Riposto in v. _____ n. _____,
codice fiscale _____, telefono _____

In qualità di **INTESTATARIO DELLA SCHEDA ANAGRAFICA** del proprio nucleo familiare

CHIEDE

di poter accedere al contributo di solidarietà alimentare previsto dall'Ordinanza in oggetto per far fronte all'emergenza epidemiologica da COVID – 19.

A tal fine, consapevole delle **responsabilità penali** a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della **decadenza dei benefici** eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del su citato D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità

che il proprio nucleo familiare risulta così composto:

	Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Parentela
1					Intestatario di scheda anagrafica
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

che nel mese di NOVEMBRE 2020 i componenti del nucleo familiare:

- non hanno percepito reddito da lavoro/pensionistico o alcuna forma di sostegno economico pubblico;
- hanno percepito reddito da lavoro sensibilmente ridotto a causa della riduzione dell'orario lavorativo per l'emergenza epidemiologica in corso, per un importo mensile di € _____
- hanno percepito canone di affitto mensile di un proprio immobile;

hanno percepito il seguente sostegno economico pubblico:

- Pensione sociale, per un importo mensile di € _____
- Reddito di Cittadinanza/ Pensione di Cittadinanza, per un importo mensile di € _____
- Reddito di Emergenza, per un importo mensile di € _____
- Cassa Integrazione Guadagni, per un importo mensile di € _____
- NASPI, per un importo mensile di € _____
- Contributi economici comunali, per l'importo di € _____
- Altro _____, per un importo di € _____

(dalle forme di sostegno pubblico da dichiarare sono esclusi l'assegno di invalidità civile, l'indennità di accompagnamento, l'indennità di frequenza, l'assegno di maternità alle madri non lavoratrici ed i buoni spesa-regionali già erogati o da erogarsi per l'emergenza epidemiologica Covid-19)

 sottoscritt **autorizza il trattamento** dei dati personali raccolti con la presente istanza **e dichiara di essere informato**, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche nonché delle disposizioni del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) in vigore dal 25/5/2018, che gli stessi dati raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Si allega copia di carta d'identità del richiedente.

Riposto, _____

Firma (leggibile e per esteso)
