

DOMANDA DI ACCESSO ALLE MISURE DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE – AVVISO APRILE 2021

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(art. 46 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (Provincia _____), il giorno ____/____/____

residente nel Comune di _____ CAP _____ (Provincia _____)

indirizzo _____, n. _____

codice fiscale

cittadinanza _____ TELEFONO _____ e-mail _____
@ _____

domiciliato nel Comune di _____ CAP _____ (Provincia _____)

indirizzo _____, n. _____

motivazione del domicilio _____

Identificato a mezzo del documento di riconoscimento in corso di validità _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

1 – che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone di seguito elencate:

| Nome e cognome | Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero...) | Professione/ETA' (lavoratore, studente, disoccupato...) |
|----------------|---|--|
| 1 | DICHIARANTE | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |

2 - che il proprio nucleo familiare ha subito una riduzione delle entrate economiche derivante dall'emergenza epidemiologica da virus COVID-19.

In particolare dichiara che le difficoltà economiche in ragione della perdita o consistente riduzione della capacità reddituale a seguito dell'emergenza sanitaria COVID-19 sono dovute a:

- perdita del lavoro per licenziamento
- accordi aziendali o sindacali con consistente riduzione dell'orario di lavoro
- cassa integrazione ordinaria o straordinaria che limiti notevolmente la capacità reddituale
- il mancato rinnovo dei contratti a termine o di lavoro atipici
- la cessazione o la consistente riduzione di attività libero-professionali o di imprese registrate derivanti da cause di forza maggiore o da perdita di avviamento in misura consistente
- altro _____

NOME DELLA DITTA PROPRIA O PRESSO CUI SI LAVORA _____

RUOLO _____

3 – che il saldo al 31.03.2021 derivante complessivamente dall'insieme dei conti correnti intestati ai singoli componenti del nucleo (con la sola esclusione dei conti intestati ai minori di età) non è superiore ai € 5.000,00;

4 – che i componenti del proprio nucleo complessivamente percepiscono mensilmente € _____ provenienti da **SOSTEGNO PUBBLICO**.

Specificare il tipo di entrata (cassa integrazione guadagni, contributi pubblici legati a progetti specifici come il R.I.A., Reddito di Cittadinanza, Reddito di Inclusione, Naspi, indennità di mobilità, REM, altre forme di sostegno al reddito previste a livello locale o regionale):

5 – che il proprio nucleo familiare

- NON è conosciuto e NON è a carico dei Servizi Sociali Comunali
- è conosciuto e a carico dei Servizi Sociali Comunali

CHIEDE

come previsto dal Decreto Legislativo 23/11/2020 n. 154 art. 2 di essere destinatario delle risorse di solidarietà alimentare per i seguenti motivi

ALLEGA

fotocopia di un documento di identità in corso di validità
permesso di soggiorno in corso di validità dei singoli componenti del nucleo

Il sottoscritto autorizza altresì il trattamento dei dati personali forniti ai sensi degli articoli 11 e 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, numero 196 e successive modifiche e integrazioni, per le finalità di cui al presente avviso pubblico. Tutti i dati di cui verrà in possesso l'Amministrazione comunale di Feltre saranno trattati nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, numero 196, e al Regolamento UE 2016/679.

Feltre,

Firma del dichiarante