

DOMANDA DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE - COVID 19

La/il
 sottoscritta/o
 nata/o a il
 residente a(AL) in vianr .../..... Int.
 codice fiscale.....
 recapito telefonico,
 identificata/o a mezzo di (estremi del documento di identità),
 n..... rilasciata ilda.....

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.

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

1) che la famiglia convivente (alla data/...../.....) è composta come risulta dal seguente prospetto;

Cognome e nome	M/F	Posizion e in fam.	Età	Stato civile	Professione	Già seguito dal CISA	Altre informazi oni

- o Di aver interrotto la seguente attività lavorativa _____ a causa COVID - 19 dal _____
- o Di essere allo stato attuale privo di occupazione lavorativa
- o Che i seguenti membri della famiglia sono privi di occupazione lavorativa _____
- o Che il saldo del conto corrente bancario postale è pari a € _____
- o Di essere proprietario dell'immobile in cui si vive
- o Di pagare l'affitto in cui si vive
- o Di pagare l'affitto locale attività autonoma

- o che nel proprio nucleo sono presenti soggetti con allergie/patologie alimentari certificate dagli organi competenti (es. celiaci, diabetici, ecc..)
- o di essere a conoscenza del fatto che verrà data priorità ai beneficiari non assegnatari di sostegno pubblico
- o Di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo familiare
- o Di ricevere i seguenti contributi pubblici: *(specifica | es. Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)*

.....

Luogo/data

La/Il dichiarante

(nel caso di impossibilità alla sottoscrizione l'identità del richiedente verrà accertata d'Ufficio)

Il sottoscritto dichiara inoltre:

di aver preso atto che i dati personali, verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 196/2003 - CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI e con la presente ne autorizza l'utilizzo.

Si precisa che le dichiarazioni sostitutive di certificazione dei requisiti, rilasciate dai richiedenti ai sensi del DPR 445/2000, potranno essere oggetto di controllo e verifiche con la collaborazione degli organi competenti.

Data _____

Firmato