

AL SINDACO COMUNE DI SOAVE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

Ordinanza n. 658 del 29 marzo 2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile

Io sottoscritto _____,

nato il ____ . ____ . ____ a _____ (____),

Codice Fiscale: _____

residente in SOAVE via _____,

cellulare n. _____, e-mail: _____

CHIEDO**La concessione del Buono per l'acquisto di BENI ALIMENTARI E DI PRIMA NECESSITA'**

a tal fine, ai sensi degli artt. 45, 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R. in caso di false dichiarazioni,

DICHIARO E AUTOCERTIFICO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ**Che, in seguito all'emergenza sanitaria in corso, uno o più componenti della propria famiglia hanno avuto una VARIAZIONE SIGNIFICATIVA delle entrate economiche**

- 1) Che il mio nucleo familiare – risultante dall' anagrafe comunale - ad oggi è composto da n_____ persone di seguito elencate:

.	COGNOME e NOME	GRADO PARENTELA	LUOGO DATA NASCITA	ETA' (al 30.04.20)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

- 2) Che la SITUAZIONE LAVORATIVA ED ECONOMICA, PRECEDENTE ALL'EMERGENZA COVID 19 ERA LA SEGUENTE:
(indicare tipologia occupazione svolta a febbraio 2020,e nome lavoratore):

.	COGNOME e NOME	MANSIONE LAVORATIVA FEBBRAIO 2020	TIPOLOGIA CONTRATTO FEBBRAIO 2020 (barrare voce corrispondente)	REDDITO MEDIO MENSILE ANNO 2019
1			<input type="checkbox"/> DIPENDENTE: <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Tempo Indeterminato <input type="checkbox"/> LAV. AUTONOMO <input type="checkbox"/> STAGIONALE <input type="checkbox"/> altro	
2			<input type="checkbox"/> DIPENDENTE: <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Tempo Indeterminato <input type="checkbox"/> LAV. AUTONOMO <input type="checkbox"/> STAGIONALE <input type="checkbox"/> altro	
3			<input type="checkbox"/> DIPENDENTE: <input type="checkbox"/> Tempo determinato <input type="checkbox"/> Tempo Indeterminato <input type="checkbox"/> LAV. AUTONOMO <input type="checkbox"/> STAGIONALE <input type="checkbox"/> altro	

TOT.

3) CHE IN SEGUITO ALL'EMERGENZA SANITARIA COVID 19 LA SITUAZIONE LAVORATIVA E ECONOMICA E' VARIATA NEL SEGUENTE MODO:

.	COGNOME e NOME	VARIAZIONE OCCORSA	DESCRIZIONE DEI FATTI OCCORSI
1		<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> lavoro ridotto <input type="checkbox"/> chiusura attività <input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> cassa integrazione <input type="checkbox"/> altro	
2		<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> lavoro ridotto <input type="checkbox"/> chiusura attività <input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> cassa integrazione <input type="checkbox"/> altro	
3		<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> lavoro ridotto <input type="checkbox"/> chiusura attività <input type="checkbox"/> ferie <input type="checkbox"/> cassa integrazione <input type="checkbox"/> altro	

- 4) di **NON** disporre di una giacenza bancaria/postale alla data del 31 marzo 2020 superiore a € 5.000,00;
- 5) **Che nel mese di Aprile 2020 il mio nucleo familiare :**
- percepirà redditi con una stima pari a _____
 - non percepirà redditi
 - percepirà redditi tramite Cassa Integrazione/Altro con una stima pari a _____
- 6) **che sussistono le seguenti altre entrate economiche:**
- () pensione INPS pari a € () rendita INAIL pari a €
 () assegno mantenimento figli € () pensione Invalidità Civile €
 () Reddito Cittadinanza /REI € () NASPI € () altro€
- 7) **CHE LA MIA SITUAZIONE ABITATIVA E' LA SEGUENTE:**
- () sostengo un canone di affitto mensile pari a € _____
 () Che ho in corso un mutuo di acquisto prima casa con una rata mensile di € _____
 con scadenza il __.__.__, di cui ho () non ho () richiesto sospensione;
- 8) **di () avere () non avere altre proprietà immobiliari oltre a quella di residenza (se si specificare quali):**

 con eventuali percezione di proventi da locazione
 pari a € mensili;
- 9) **la presenza di Invalidità Civile** con percentuale riconosciuta pari a _____ in capo al
 seguente componente del nucleo familiare _____;
- 10) **di percepire altre misure di sostegno economico per l'anno 2020** (es. assegno 3 figlio – assegno maternità-
 contributi regionale ICD): _____
 _____;
 _____;
- 11) Altro da dichiarare

MI IMPEGNO

- Ad utilizzare i buoni spesa che mi verranno concessi in maniera consapevole acquistando solo generi alimentari e di prima necessità e non beni superflui (alcolici, tabacchi, profumeria, piccoli elettrodomestici, giornali, ecc);

PRENDO ATTO

- Che l'Amministrazione Comunale, a propria discrezione, potrà effettuare controlli preventivi o successivi all'erogazione del beneficio e potrà richiedere documentazione integrativa alla presente dichiarazione resa, provvedendo, laddove fosse accertata una dichiarazione falsa o mendace alla conseguente denuncia ai sensi della normativa vigente;

AUTORIZZO

- Il Comune al trattamento dei propri dati personali esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad esso connesso, ai sensi del Regolamento UE 2016/679;

Allego alla presente dichiarazione: copia del documento di riconoscimento e permesso soggiorno in corso di validità .

Data __.__.__

Il Richiedente
