

Spett.le
Comune di Bionaz
Fraz. Plan de Veyne n. 1
11010 Bionaz Ao

OGGETTO: Domanda di ammissione alle misure urgenti di solidarietà alimentare in attuazione della OCDPC n. 658 del 29/03/2020.

Il/La Sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in questo comune in via _____ n. _____
Tel./cellulare _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare, definite da questa amministrazione a seguito dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 658 del 29/03/2020;
consapevole delle conseguenze penali in materia di false dichiarazioni e delle norme vigenti in materia di autocertificazione

DICHIARA

- Di essere nato /a _____ prov. (____) il _____
- Di essere residente a Bionaz in Frazione _____
- Che il proprio nucleo familiare è composto dalle seguenti persone:

Di trovarsi in una o più delle seguenti condizioni:

- Nuclei familiari con minori privi di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari del nucleo. Specificare:

- Nuclei familiari, anche in assenza di minori, privi di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari del nucleo. Specificare:

- Nuclei familiari monoreddito derivante da lavoro dipendente il cui datore di lavoro abbia richiesto ammissione al trattamento di sostegno del reddito, ai sensi del D.L. 18/2020, o il datore di lavoro abbia sospeso e/o ridotto l'orario di lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore. Specificare:

- Nuclei familiari monoreddito, derivante da attività autonoma sospesa a causa dell'emergenza COVID-19. Specificare:

-
-
- Soggetti che non usufruiscono di prestazioni assistenziali (RdC, Rei, Naspi, SGATE, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni contributo affitti, contributi regionali ai sensi della legge regionale 23/2010, altre forme di sostegno previste a livello comunale o regionale). Specificare:
-
-

- che nessun componente del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico;
- Di essere economicamente impossibilitato all'acquisto di generi alimentari di prima necessità;
- In via residuale, soggetti in condizione di difficoltà che usufruiscono di prestazioni non significative dal punto di vista del reddito. Specificare:
-
-

- Altre esigenze particolari: _____

Dichiara di prendere atto che il beneficio massimo erogabile a nucleo familiare è pari ad euro 450,00. A seguito dell'accettazione della domanda verranno indicate le modalità con cui si potrà beneficiare dei buoni spesa.

Allega fotocopia carta d'identità o di altro documento di identità

Autorizza il Comune, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali che da quelli nazionali e si dichiara disponibile a fornire all'Amministrazione comunale qualsiasi documentazione comprovante i requisiti sopra dichiarati.

Dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.

Autorizza il trattamento e l'utilizzo dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D. Lgs. n. 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali.

Li _____

(firma per esteso e leggibile)
