

Comune di

SOLZA

Ufficio Servizi Sociali

Oggetto: Richiesta buoni spesa utilizzabili per l'acquisto di generi alimentari, di cui all'Ordinanza n. 658 del 29.03.2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile.

AUTOCERTIFICAZIONE FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (prov. _____) il _____

residente a _____ (prov. _____) in via/piazza _____
n° _____

n° telefono _____ email _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall' art. 76 del D.P.R. 445 del 2000

DICHIARA:

- 1) di essere residente, domiciliato o dimorante a Solza;
- 2) Che il proprio nucleo familiare risulta essere così composto (*inserire nella tabella tutti i componenti del nucleo familiare convivente con il richiedente*)

Parentela	Cognome e nome	Luogo di nascita	Data di nascita

- 3) Che il proprio nucleo familiare (*è obbligatorio barrare una delle due caselle*):

non è già assegnatario di un sostegno pubblico nel 2020,

è già assegnatario di sostegno pubblico nel 2020 (*specificare quale-i*):

○ *Reddito di Cittadinanza*: importo percepito nel Novembre 2020: € _____;

○ *Naspi*: percepita nei seguenti mesi del 2020: da _____ a _____, ultimo importo percepito: € _____;

- *Altri sostegni erogati da Enti del terzo settore (es. Fondi “Ricominciamo Insieme” e “Nessuno resti indietro” di Caritas-Diakonia, pacchi alimentari, aiuti dall’Ass.ne San Martino, Buon Samaritano...)*
specificare quali aiuti percepiti nel 2020:

- *Bonus luce e gas;*
- *Bonus Bebè;*
- *Bonus 2020 per affitto, importo totale percepito nel 2020: € _____*
- *Reddito di Emergenza: percepito nei seguenti mesi del 2020: da _____ a _____, importo mensile percepito € _____*
- *Buoni spesa Aprile 2020, € _____*
- *Pacchetto Famiglia Regione Lombardia 2020 € _____*
- *Altro (es. contributo economico straordinario del Comune) _____*

4) Di essere nella seguente situazione (**è obbligatorio barrare almeno una delle caselle**):

- non avere all’interno del proprio nucleo familiare, **nessun percettore di reddito** a causa di:
 - Stato di disoccupazione precedente al 2020;
 - Disoccupazione a causa di mancato di rinnovo del contratto di lavoro – chiusura definitiva attività economica personale durante il 2020;
 - Disoccupazione a causa di licenziamento durante il 2020;
 - Decesso di un componente familiare unico percettore di reddito durante il 2020 (da lavoro, pensione o altro);
 - Altro (specificare).....
- all’interno del nucleo familiare sono presenti una o più persone con rapporto di lavoro parasubordinato, di rappresentanza commerciale o di agenzia con **riduzione della retribuzione lorda mensile pari o superiore al 20%** in almeno una delle ultime 3 mensilità lavorative (Settembre, Ottobre, Novembre 2020);
- all’interno del suo nucleo familiare sono presenti una o più persone libero professionista e/o lavoratore autonomo con **riduzione del proprio fatturato** nell’ultimo trimestre (Settembre, Ottobre, Novembre 2020) **superiore al 33% del fatturato dell’ultimo trimestre del 2019** in conseguenza della chiusura o della restrizione della propria attività lavorativa operata a seguito delle disposizioni adottate;
- a seguito di malattia intervenuta all’interno dell’emergenza Covid- 19, il proprio conto corrente risulta congelato e/o si è nell’ impossibilità temporanea dei propri beni e/o non si possiedono strumenti di pagamento elettronici e si è nella non disponibilità di famigliari/conviventi o figli di provvedere a tale sostentamento;

5) **in data 30/11/2020 erano presenti come SALDO COMPLESSIVO sui conti correnti INTESTATI a componenti del nucleo familiare (calcolare l’importo cumulativo di tutti i conti intestati al nuclei familiare convivente)**

€ _____

6) risiedere in:

<input type="checkbox"/>	abitazione di proprietà con rata mensile del mutuo di € _____
<input type="checkbox"/>	in locazione, con affitto mensile di € _____
<input type="checkbox"/>	altro (es. comodato gratuito) _____

- Il sottoscrittore dichiara di essere informato che ai sensi degli artt. 13-14 del RGPD-UE 2016/679 i dati dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria dell'istanza da presentata e per le finalità ad essa connesse. Il trattamento dei dati è effettuato con strumenti sia cartacei che informatici e sarà svolto nel rispetto delle misure di sicurezza stabilite nel Regolamento comunale assunto in materia. La mancata comunicazione dei dati comporta la non adozione del provvedimento richiesto. Può essere esercitato il diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione e/o cancellazione dei dati previsto dagli artt.15-22 del Regolamento UE 2016/679;
- Con la firma in calce autorizza e presta il consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi e per gli effetti della normativa nazionale (D.Lgs. 196/03 come novellato dal D.Lgs. 101/18) e europea (Regolamento UE 679/16) in materia di privacy, per la finalità connessa all'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 30/03/2020 che ne rappresenta la base giuridica del trattamento.
- di essere informato, ai sensi dell'art.71 del D.P.R. n.445/2000, che l'Amministrazione Comunale potrà effettuare idonei controlli per la verifica di quanto sopra dichiarato con eventuale esibizione anche di documentazione a supporto (incluso Isee nucleo familiare)

Si allegano:

- **Copia di un documento valido di riconoscimento;**
- **Copia della documentazione attestante le condizioni di reddito e il saldo del conto corrente al 30.11.** L'ufficio Servizi Sociali potrà richiedere ulteriore documentazione attestante le condizioni autocertificate.

Data _____

Firma
(obbligatoria) _____

LE DOMANDE INCOMPLETE NELLA COMPILAZIONE DEI DATI OBBLIGATORI VERRANNO CONSIDERATE NON FINANZIABILI.