Al Comune di MINUCCIANO

Autodichiarazione ai sensi del DPCM 28 marzo 2020 e l'articolo 6 comma 1 del Decreto Legge 23 novembre 2020, n.154 - Misure a contrasto dell'emergenza alimentare causata dal COVID-19 per agevolare l'acquisto di generi alimentari e di prodotti di prima necessità.

Il/La Sottoscritto/a_____

nato/a a _____ _____il _____

residente in questo comune in via _____ n._____

Tel./cellulare _____ e-mail _____

CONSAPEVOLE

- Delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.)
- Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. 445/2000.
- della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace

CHIEDE

di essere ammesso alle misure di solidarietà alimentare, definite da questa amministrazione a seguito dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 658 del 30/03/2020 e l'articolo 6 comma 1 del Decreto Legge 23 novembre 2020, n.154;

DICHIARA

A tal fine e sotto la propria responsabilità: *(barrare le caselle che interessano)*

❒ Di trovarsi in condizione di disagio conseguente all'attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi:
(indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate necessarie a valutare lo stato di necessità)

_____

_____

_____

❒ Di essere nella situazione di seguito autocertificata:

Nucleo familiare:

n. _____ componenti;

n. _____ minori;

n. _____ con disabilità certificate (L.104/92);

❒ di aver subito una diminuzione delle ore lavorative oppure del reddito di lavoro anche autonomo a causa emergenza epidemiologica da virus Covid-19;

❒ Diminuzione del reddito dovuta al decesso di un componente del nucleo familiare a causa dell'emergenza epidemiologica da virus Covid-19;

❒ Di essere inoccupato e/o disoccupato;

- ❒ che nessuno del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico (Rdc, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale);
    - o <u>in caso affermativo al punto precedente</u>

che nel proprio nucleo familiare, sono percepiti i seguenti sussidi:

Cognome _____ Nome _____ sussidio_____ Entità mensile _____

Cognome _____ Nome _____ sussidio_____ Entità mensile _____

Cognome _____ Nome _____ sussidio_____ Entità mensile _____

DICHIARA INOLTRE

che il suddetto nucleo familiare non dispone di depositi bancari/postali tali da superare l'attuale difficoltà;

DICHIARA INFINE

Di aver preso visione di quanto indicato nel presente modulo, di averlo compreso e di accettarlo in tutte le sue parti.

Di autorizzare i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati, anche patrimoniali, relativi alla propria famiglia, sia dagli archivi comunali (*es. anagrafe, servizi sociali ecc.*) sia dalle banche dati nazionali (*es. INPS, Agenzia delle Entrate, Guardia di Finanza ecc.)*

Di essere informato ai sensi e per gli effetti di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di tutela della privacy.

Di autorizzare espressamente il comune di Minucciano al trattamento dei dati personali e sanitari conferiti ai fini del presente procedimento ed in particolare la conservazione e la trasmissione a figure professionali, commissioni ed enti coinvolti nelle procedure previste per le azioni richieste e per le dovute verifiche.

Di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali e sanitari.

L'autorizzazione al trattamento dei dati personali e sanitari è obbligatoria per il conseguimento dell'intervento richiesto.

<u>Allega fotocopia carta d'identità o di altro documento di identità</u>

<u>Oppure di identificarsi tramite</u>

DOCUMENTO _____

NR. _____ RILASCIATO DA _____

IN DATA _____ CON SCADENZA _____

Lì_____

_____

(firma per esteso e leggibile)