**COMUNE DI SOLOFRA**

**UFFICIO SERVIZI SOCIALI**

**PIAZZA S.MICHELE,5**

**SOLOFRA**

**OGGETTO: MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA’:**

**“ ISTANZA BUONI SPESA”.**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Solofra alla Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel.n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDO**

Di partecipare all’avviso pubblico per Misure urgenti di solidarietà alimentare- buoni spesa.

**A TALE FINE, CONSAPEVOLE CHE CHIUNQUE RILASCIA DICHIARAZIONI MENDACI È PUNITO AI SENSI DEL CODICE PENALE E DELLE LEGGI SPECIALI IN MATERIA, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DELL’ART.46 DEL D.P.R. N.445/2000**

**DICHIARO DI**

**[ ]** essere residenti a Solofra

**[ ]** essere in cassa integrazione COVID-19, a causa dell’emergenza sanitaria Covid 19;

**[ ]** aver perso il lavoro o aver cessato l’attività dopo il 2019, a causa dell’emergenza Covid;

**[ ] I**see familiare non superiore a € 12.000,00

**[ ]** di non aver presentato domanda per le misure del canone di locazione e dell’utenza idrica

**[ ]** che nel proprio nucleo familiare non sono presenti dipendenti pubblici o privati la cui attività non sia

stata sospesa.

**DICHIARO CHE**

Il mio nucleo familiare, risultante dallo stato di famiglia, è così composto

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NR** | **COGNOME E NOME** | **parentela** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**[ ] Nel nucleo familiare NON sono presenti persone diversamente abili**

**[ ] Nel nucleo familiare SONO presenti persone diversamente abili**

Allega alla presente :

**[ ] copia del proprio documento di riconoscimento in corso di validità**

**[ ] permesso di soggiorno o del permesso di soggiorno UE per soggiornanti di lungo periodo.**

**[ ] Isee in corso di validità**

**[ ] copia del verbale Legge 104/92**

**[ ] attestazione della condizione lavorativa (cassa integrazione covid-19, licenziamento, cessata attività)**

Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza il Comune di Solofra al trattamento dei propri dati personali, esclusivamente ai fini dell’istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all’art. 13 del D.lgs 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dall’art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

**N.B.: IL COMUNE DI SOLOFRA SI RISERVA LA FACOLTÀ DI DISPORRE GLI OPPORTUNI CONTROLLI IN ORDINE ALLE DICHIARAZIONI RESE DAGLI INTERESSATI, PROCEDENDO, LADDOVE FOSSE ACCERTATA UNA DICHIARAZIONE FALSA O MENDACE, ALLA CONSEGUENTE SEGNALAZIONE AI SENSI DELLA NORMATIVA VIGENTE.**

**FIRMA LEGGIBILE**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_