MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE ATTIVATE DAL COMUNE DI PALIZZIA SEGUITO DELLE EMERGENZA DERIVANTE DALLA EPIDEMIA DA COVID 19

MODULO DI DOMANDA

Il/la Sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, CF _____, residente a Palizzi dello Ionio in
via _____, recapito email _____, recapito
telefonico _____, avendo preso visione dell'Avviso Pubblico per la raccolta
delle domande di accesso ai buoni pasto,

consapevole delle responsabilità penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci così come stabilito negli artt. 75 e 76 del DPR 28/12/2000 n. 445,

RICHIEDE

di usufruire del buono spesa una tantum previsto dall'ordinanza del Dipartimento della Protezione Civile n 658 del 29.03.2020 per far fronte alle esigenze alimentari del proprio nucleo familiare

A tale scopo, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e ss.mm.ii., per le ipotesi di formazione di atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di rientrare in una delle seguenti situazioni:

Di essere stato costretto a interrompere, sospendere e/o chiudere la propria attività commerciale, artigianale e/o commerciale per effetto delle disposizioni di cui ai DPCM del 9 e del 23 marzo 2020 e allo stato attuale privo di mezzi economici per assicurare a sé e alla propria famiglia beni di primissima necessità;

Di essere stato impedito, per effetto dei DPCM del 9 e 23 marzo, a svolgere attività lavorativa, anche precaria e/o saltuaria e/o stagionale, e allo stato attuale privo di mezzi economici per assicurare a sé e alla propria famiglia beni di primissima necessità;

Di rientrare tra i lavoratori autonomi a Partita IVA, non aventi diritto all'Indennità COVID-19 ovvero al Bonus 600 euro per emergenza Coronavirus di cui al D.lgs.vo 18/2020 e e allo stato attuale privo di mezzi economici per assicurare a sé e alla propria famiglia beni di primissima necessità;

Di rientrare tra i lavoratori dipendenti di attività chiusa o sospesa per effetto dei DPCM del 9 e 23 marzo a causa dell'emergenza Covid – 19 non aventi diritto all'indennità della Cassa Integrazione in Deroga (CID) e, allo stato attuale privo di mezzi economici per assicurare a sé e alla propria famiglia beni di primissima necessità;

Di essere inoccupato e/o disoccupato, privi di qualsivoglia forma di contribuzione pubblica, non avente i mezzi economici per assicurare a sé e alla propria famiglia beni di primissima necessità;

Di essere lavoratore dipendente di attività chiusa o sospesa per effetto dei DPCM del 9 e 23 marzo a causa dell'emergenza Covid – 19 aventi diritto all'indennità della Cassa Integrazione in Deroga (CID) sino alla data di effettiva erogazione del beneficio, allo stato privo di mezzi economici per assicurare a sé e alla propria famiglia beni di primissima necessità;

Di risultare destinatario di Reddito di Cittadinanza e/o REI o NASPI o altra forma di contribuzione pubblica non superiore ad € 350,00 (pro – capite) e di non svolgere attualmente alcuna attività lavorativa, allo stato attuale non in grado di garantire il soddisfacimento delle esigenze minime del proprio nucleo familiare.

- **che il proprio nucleo familiare è composto dalle seguenti persone: (indicare nome e cognome e data di nascita e grado di parentela):**

NOME		COGNOME	
NATO/A A		IL	
CF		GRADO DI PARENTELA	

NOME		COGNOME	
NATO/A A		IL	
CF		GRADO DI PARENTELA	

NOME		COGNOME	
NATO/A A		IL	
CF		GRADO DI PARENTELA	

NOME		COGNOME	
------	--	---------	--

NATO/A A		IL	
CF		GRADO DI PARENTELA	

NOME		COGNOME	
NATO/A A		IL	
CF		GRADO DI PARENTELA	

NOME		COGNOME	
NATO/A A		IL	
CF		GRADO DI PARENTELA	

NOME		COGNOME	
NATO/A A		IL	
CF		GRADO DI PARENTELA	

Come grado di parentela specificare: Coniuge, Figlio/a, Altro

- Che nel proprio nucleo familiare sono presenti le seguenti persone con grado di invalidità (indicare nome e cognome e grado di invalidità):

- Che nel mese di marzo 2020 i componenti del proprio nucleo familiare hanno percepito i redditi seguenti redditi netti

NATURA DEL REDDITO	NOME DEL SOGGETTO CHE LO HA PERCEPITO	COGNOME DEL SOGGETTO CHE LO HA PERCEPITO	IMPORTO PERCEPITO

			TOTALE

Specificare tipologia dei risparmi indicando una delle seguenti voci:

- *Deposito di conto corrente bancario o postale*
- *Libretti di deposito*
- *Altre forme di risparmio liquidabile con immediatezza*

- Di essere a conoscenza del fatto che il Comune potrà effettuare controlli per la verifica delle autocertificazioni presentate e, nei casi di dichiarazioni false rilasciate al fine di ottenere indebitamente il beneficio del contributo, il richiedente decadrà immediatamente dallo stesso e potrà incorrere nelle sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi specifiche in materia;**
- di essere informato ai sensi del Regolamento UE 679/2016 e del Decreto Legislativo n. 196/2003 sulle finalità di utilizzo e sulle modalità di gestione dei dati conferiti con la presente istanza i quali saranno oggetto di trattamento da parte del Comune secondo la normativa vigente in materia ed esclusivamente utilizzati ai fini dell'attività amministrativa.**

Palizzi,.....

Firma.....

Allegare obbligatoriamente copia del documento di identità in corso di validità