# UNIONE DEI COMUNI LOMBARDA ADDA MARTESANA

# AL COMUNE DI BELLINZAGO LOMBARDO LISCATE –

# POZZUOLO MARTESANA - TRUCCAZZANO

# c.a. SETTORE SETTE SERVIZI SOCIALI

# servizisociali.bellinzagolombardo@unioneaddamartesana.it.

# servizisociali.liscate@unioneaddamartesana.it. servizisociali.pozzuolo@unioneaddamartesana.it. servizisociali.truccazzano@unioneaddamartesana.it.

# ISTANZA AMMISSIONE MISURA SOLIDARIETÀ' ALIMENTARE - EMERGENZA COVID-19 MODULO DI AUTOCERTICAZIONE,

**(art.47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a Prov: il

codice fiscale residente a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

in Via/Piazza n.

telefono cell.

email:

**presenta formale istanza di essere ammesso all'erogazione dei voucher - buoni spesa di solidarietà alimentare a seguito di:**

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ | perdita totale del lavoro per licenziamento |
| ❑ | riduzione superiore al 35%, non coperta al momento da ammortizzatori sociali per mobilità, cassa integrazione;  |
| ❑ | sospensione attività di lavoro autonomo non coperta al momento da ammortizzatori sociali (per es. bonus di € 600 per le partite iva);  |
| ❑ | cessazione o riduzione di attività libero professionale o di impresa superiore al 35%; |
| ❑ | disoccupazione non coperta da NASPI; |
| ❑ | mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici; |
| ❑ | accordi aziendali e sindacali con riduzione dell’orario di lavoro; |
| ❑ | malattia grave o decesso di un componente del nucleo familiare; |
| ❑ | assenza di reddito; |
| ❑ | altro stato di necessità da dichiarare:

|  |
| --- |
|  |

  |

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art.76 del DPR 28.12.2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, di cui all’art 75 del richiamato DPRe ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

# DICHIARA

* Di avere un nucleo famigliare composto di fatto da n. componenti;
* Di avere n. figli minori - Età
* Che nel nucleo vi è la presenza di n. disabili gravi ai sensi della L.104;
* Che nel nucleo vi è la presenza di n. anziani;
* Che la condizione lavorativa – redittuale degli altri componenti del nucleo

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome e Cognome | Grado parentela | Situazione lavorativa – redittuale attuale (es. occupazione full-time, part-time, attività saltuaria, pensione, invalidità, NASPI, cassa integrazione, reddito di cittadinanza …) | Importo mensile percepito |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* nel caso di lavoratore dipendente, dichiara che il proprio datore di lavoro è: nome e ragione

sociale partita iva/codice fiscale

* Di NON essere percettore di alcun AMMORTIZZATORE SOCIALE;
* Di essere un nucleo che a seguito del COVID19 si trova con conti corrente congelati e/o nella non disponibilità temporanea dei propri beni e/o non possiedono strumenti di pagamento elettronici;
* Di sostenere un canone di mutuo mensile pari a € ;
* Di sostenere un canone di locazione mensile di € ;
* Di avere una Partita Iva o altra categoria autonoma non compresa dai dispositivi attualmente in definizione a livello ministeriale;

**Dichiara** di essere consapevole che il settore servizi sociali potrà richiedere successivamente documentazione aggiuntiva per la verifica della seguente autodichiarazione.

**Dichiara**, inoltre, di essere informato, **AI SENSI DEL REGOLAMENTO GENERALE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI N. 2016/679 - GDPR**, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data: , firma

Nome e Cognome del richiedente: **Estremi del documento di identità:** Tipo documento:

Numero: Rilasciato da:

In data Scadenza