

AL COMUNE DI LONGI

Ufficio Servizi Sociali

Longi

e-mail: sociale@comunelongi.it

MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE – EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19.
APPLICAZIONE DISCIPLINA EX ORDINANZA DEL CAPO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658/2020 – ART. 2 D.L.
N. 154 DEL 23.11.2020 (DECRETO RISTORI-TER)

**ISTANZA DI ACCESSO AD INTERVENTO SOCIO-ASSISTENZIALE
E DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
PER IL MESE DI GENNAIO 2021**

Il sottoscritto/a _____, nato/a(____), il _____ e residente a _____
Via _____ Codice
Fiscale _____, Tel/Cell _____, e-
mail _____, PEC _____, nella

qualità di intestatario della scheda anagrafica del proprio nucleo familiare, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, per l'accesso alle misure di sostegno previste dall'ART 2 D.L. 154/2020 (CD. Decreto Ristori-ter) – ex Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 658/2020,

CHIEDE

l'assegnazione dei buoni spesa/voucher per l'acquisto di prima necessità, di cui all'Ordinanza del Capo di protezione Civile nonché dell'art. 2 del decreto Legge 154/2020.

A tal fine

DICHIARA

Che il proprio nucleo familiare è così composto:

N.	Cognome e Nome	Codice Fiscale	Luogo e data di nascita	Parentela
1*				
2*				
3*				
4*				
5*				

1. NEL NUCLEO FAMILIARE:

a). sono presenti componenti con disabilità o in situazione di non autosufficienza?

☐ SI ETA' _____

☐ NO

b) sono presenti minori di tre anni?

☐ SI

☐ NO

c). sono presenti soggetti per i quali è prescritto obbligo di diete alimentari particolari?

☐ SI

☐ NO

2. IL RICHIEDENTE È GIÀ CONOSCIUTO/IN CARICO AL "SERVIZIO SOCIALE E/O ALTRI ENTI ASSISTENZIALI?"

☐ SI, CON QUALI MODALITA' _____

☐ NO

3. LA SITUAZIONE ABITATIVA È, CON RIFERIMENTO ALL'ANNO IN CORSO, LA SEGUENTE:

- ☐ abitazione di proprietà
- ☐ di pagare una rata mensile di mutuo pari a euro
- ☐ di essere inquilino di un alloggio di edilizia residenziale privata e di pagare un canone mensile di affitto di euro _____
- ☐ di abitare in un alloggio in comodato d'uso

4. IL RICHIEDENTE O ALTRI MEMBRI DEL NUCLEO SONO ATTUALMENTE BENEFICIARI DI "PRESTAZIONI ASSISTENZIALI PUBBLICHE" Dall'1/12/2020 al 31/12/2020

BENEFICIO	IMPORTO	N. COMPONENTE NUCLEO *
Reddito di cittadinanza/emergenza	€.	
Naspl (indennità mensile di disoccupazione)	€.	
Indennità di Mobilità:	€.	
Cassa integrazione	€.	
Pensione	€.	
Pensione di invalidità	€.	
Bonus € 600,00	€.	
Contributi erogati dal Comune a qualsiasi titolo	€.	
Altro		

5. IL RICHIEDENTE SVOLGEVA ATTIVITA' OCCASIONALI

- ☐ SI - FINO AL _____ CON MANSIONI DI _____
- ☐ NO

6. ALTRI COMPONENTI DEL NUCLEO SVOLGEVANO LAVORI OCCASIONALI

- ☐ SI - FINO AL _____ CON MANSIONI DI _____
- ☐ NO

7. LA SITUAZIONE LAVORATIVA/REDDITUALE DEL RICHIEDENTE E DEI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE È LA SEGUENTE:(segnare a quale componente è riferito)

- ☐ Occupato in qualità di _____ presso la Ditta _____ (rif. N. ____)
- ☐ occupato in qualità di libero professionista/lavoro autonomo: _____ (rif. N. ____)
- ☐ di aver subito una riduzione delle ore lavorative/del reddito da lavoro causa emergenza sanitaria da coronavirus (rientra anche la sospensione dei tirocini formativi); (rif. N. ____)
- ☐ di aver subito una riduzione delle ore lavorative/del reddito da lavoro causa chiusura/sospensione attività autonoma determinata da emergenza coronavirus (rif. N. ____)
- ☐ di essere inoccupato dal _____ (rif. N. ____)
- ☐ di essere disoccupato dal _____ (rif. N. ____)
- ☐ di aver percepito nei mesi precedenti la cessazione del rapporto di lavoro una retribuzione netta mensile pari ad € _____ (rif. N. ____)

A corredo di quanto indicato, allego attestazione ISEE 2019/2020 (facoltativa).

Dichiara, altresì:

- ☐ di assumere l'obbligo che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta al Comune in indirizzo, ovvero ad altro Comune;
- ☐ di autorizzare il trattamento dei propri dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679, nonché alle Amministrazioni competenti per la verifica delle autocertificazioni;
- ☐ di aver preso visione di quanto indicato nel presente modulo, di averlo compreso e di accettarlo in tutte le sue parti;
- ☐ di essere consapevole di essere sottoposto ai controlli di legge sulla veridicità della dichiarazione resa;
- ☐ di essere informato, ai sensi e per effetti di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di Tutela della Privacy;
- ☐ di autorizzare il Comune di Longi al trattamento dei dati personali e sanitari conferiti ai fini del presente procedimento ed in particolare la conservazione e la trasmissione a figure professionali ed enti coinvolti nelle procedure previste per le azioni richieste;
- ☐ 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)

FIRMA

FIRMA

E' NECESSARIO ALLEGARE FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ