

Spazio riservato  
al protocollo

Al Comune di Casalfiumanese  
Ufficio Protocollo

Richiesta di intervento sociale - SOLIDARIETA' ALIMENTARE COVID-19

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(per gli stranieri indicare lo Stato di nascita)

celibe/nubile       coniugato/a       vedovo/a       separato/a       divorziato/a

telefono casa \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Avvalendosi di autocertificazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 DPR n. 445/2000 e consapevole che:

- *come previsto dall'art. 76 del citato decreto, chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia;*
- *come previsto dall'art. 75 del citato decreto, nel caso di dichiarazioni non veritiere, il dichiarante decade dal beneficio ottenuto;*
- *come previsto dall'art. 71 del citato decreto, il Comune ha titolo a promuovere ogni accertamento che ritenga necessario, per verificare che la presente dichiarazione corrisponda a verità;*

QUAL'ORA SI RAPPRESENTASSE L'ISTANZA A NOME E PER CONTO DI ALTRO RICHIDENTE SPECIFICARE RUOLO RICOPERTO:

Tutore  Curatore  Amministratore di sostegno di \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

CHIEDE

L'EROGAZIONE DEL CONTRIBUTO ALIMENTARE -EMERGENZA COVID

DICHIARA:

che il mio nucleo familiare risultante dallo stato di famiglia è composto da n. \_\_\_\_ componenti come sotto meglio specificato:

Cognome / Nome	Luogo di nascita	Data nascita	grado parentela	Tipo di lavoro
		/ /	Intestatario Domanda	
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

(\*) **MG** = moglie; **MR** = marito; **FG** = figlio/a; **FR** = fratello; **SR** = sorella; **PD** = padre; **MD** = madre; **NP** = nipote; **CV** = altro convivente; **AF** = altro familiare; **COAP** = coabitante partecipante; **COAPN** = coabitante non partecipante

**Dichiara inoltre che nel proprio nucleo familiare, sono presenti le seguenti condizioni:**

- Che nel nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_\_\_ soggetti di età superiore a 65 anni;
- Che il nucleo familiare è composto dal solo richiedente con n. \_\_\_\_\_ figli minori di anni 18
- Che nel nucleo familiare sono presenti N. \_\_\_\_\_ soggetti con una invalidità superiore ai 2/3 o portatore di handicap grave ai sensi della Legge 104/92 come sotto meglio specificato:

**DICHIARA CHE:**

- il proprio nucleo si trova in una situazione di azzeramento del reddito e/o di riduzione dello stesso sotto la soglia di € 400 per nuclei composti da una sola persona, € 400 + € 100 per ogni componente del nucleo familiare;
- il proprio nucleo **NON** si trova in una situazione di azzeramento del reddito e/o di riduzione dello stesso sotto la soglia di € 400 per nuclei composti da una sola persona, € 400 + € 100 per ogni componente del nucleo familiare;

A causa di una delle seguenti condizioni in conseguenza e strettamente connesse alle misure di emergenza relativa al rischio sanitario connesso al Covid-19:

- licenziamento, escluso quello per giusta causa, per giustificato motivo soggettivo o per dimissioni volontarie (tranne nel caso che queste ultime siano riconducibili a una prolungata mancata retribuzione) dal \_\_\_\_\_
- accordi aziendali o sindacali che abbiano provocato riduzioni dell'orario di lavoro e conseguentemente della retribuzione dal \_\_\_\_\_
- cassa integrazione ordinaria, straordinaria e in deroga dal \_\_\_\_\_
- collocazione in stato di mobilità dal \_\_\_\_\_
- mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipico dal \_\_\_\_\_
- cessazione/ sospensione di attività libero-professionali o di imprese registrate alla C.C.I.A.A.,
- malattia grave, infortunio o decesso di un componente del nucleo familiare che abbia comportato la riduzione del reddito o la necessità di far fronte a spese mediche e assistenziali di particolare rilevanza dal \_\_\_\_\_
- modificazione del nucleo familiare con perdita di una fonte di reddito, per motivi quali separazione, allontanamento di un componente, detenzione, decesso, specificare \_\_\_\_\_
- l'impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali/stagionali o intermittenti a causa dell'obbligo di permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria o per effetto della concentrazione della chiamate (Specificare \_\_\_\_\_)
- altra motivazione \_\_\_\_\_

**DICHIARA inoltre :**

- di usufruire del Reddito di Cittadinanza per un importo mensile di (indicare somma complessiva di tutti i membri del nucleo) € \_\_\_\_\_
- Di percepire altri sussidi comunali, regionali o statali per (indicare somma complessiva di tutti i membri del nucleo) € \_\_\_\_\_ (Specificare \_\_\_\_\_)
- la presenza di condizioni di disagio socio familiare (specificare \_\_\_\_\_)
- che il nucleo familiare **non** dispone di risorse economiche superiori ad € 3000 per nuclei fino a 2 persone e ad € 5000 per nuclei più numerosi depositati presso istituti di credito o simili.
- che il nucleo familiare dispone di risorse economiche superiori ad € 3000 per nuclei fino a 2 persone e ad € 5000 per nuclei più numerosi depositati presso istituti di credito o simili.
- Di non percepire altri redditi derivanti da proprietà di ulteriori unità immobiliari oltre la casa di abitazione,
- Di avere sottoscritto un contratto di locazione con un affitto mensile di € \_\_\_\_\_
- Di alloggiare in una casa di proprietà di mq \_\_\_\_\_ con quota mutuo restante pari a \_\_\_\_\_
- di essere in una condizione di sovraindebitamento per un finanziamento attivo e al momento non riuscire ad ottemperare a causa delle gravi difficoltà economiche, derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19:
- Sì  No .

**DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE:**

**Il contributo concesso dovrà essere utilizzato solo ed esclusivamente per l'acquisto di generi alimentari di prima necessità come indicato dal personale degli uffici comunali.**

**ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'**

**Conservazione dei dati**

I dati saranno trattati per tutto il tempo necessario alla conclusione del procedimento e successivamente in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

**Comunicazione e diffusione**

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale e da collaboratori del Comune di Casalfiumanese e di ASP Circondario Imolese o dalle imprese espressamente nominate come responsabili del trattamento e non saranno comunicati a terzi né diffusi, se non nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dell'Unione Europea.

**Diritti degli interessati e Responsabile della Protezione dei Dati**

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento – Comune di Casalfiumanese - l'accesso ai dati personali. Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno, altresì, il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)) quale autorità di controllo secondo le procedure previste.

Firma \_\_\_\_\_  
(firma del dichiarante, in forma estesa e leggibile)