

ALLEGATO D  
DOMANDA PER L'ACCESSO ALLA MISURA DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

La/il sottoscritta/o .....  
nata/o a ..... il .....  
residente a CERIANO LAGHETTO in via .....nr .../..... Int. ....  
numero di telefono.....,  
codice fiscale.....  
identificata/o a mezzo di (estremi del documento di identità) .....,  
n.....rilasciata.....da.....

richiede l'erogazione, ai sensi dell'Ordinanza 658 della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 29.03.2020 di buoni spesa o generi alimentari e beni di prima necessità.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

D I C H I A R A

1) che la famiglia convivente alla data dell'istanza è composta da n. .... persone di cui soggetti allergici (da documentare con certificato medico);

2) di essere residente nel Comune di CERIANO LAGHETTO;

3) di avere titolo di soggiorno in corso di validità (*per cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea*);

4) che lo stato di difficoltà economica derivante dalle seguenti condizioni (*BARRARE la lettera corrispondente alla condizione di seguito indicata*):

- a) nuclei familiari/persone prive di qualsiasi reddito - anche temporaneamente - a causa degli effetti dell'emergenza sanitaria;
- b) nuclei familiari monoreddito il cui titolare ha richiesto trattamento di sostegno al reddito o il cui datore di lavoro ha richiesto ammissione al trattamento di sostegno del reddito, ai sensi del D.L. 18/2020, o il datore di lavoro abbia sospeso e/o ridotto l'orario di lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore;
- c) nuclei familiari che non siano titolari di alcun reddito e nuclei familiari monoreddito, derivante da attività autonoma il cui titolare dell'attività abbia richiesto trattamento di sostegno al reddito ai sensi del DL 18/2020;
- d) situazioni di difficoltà e di bisogno non rientranti nelle lett.a),b),c) che siano in carico ai servizi sociali ovvero a soggetti del Terzo settore di cui al D.Lgs.n. 117/2017

5) che il saldo depositi bancari/postali inferiore a € 5.000,00 aggiornata alla data del giorno 15 mese precedente;

Inoltre dichiara:

Di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo familiare

oppure

Di ricevere i seguenti contributi pubblici: (es. Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)

.....  
.....  
.....

- di aver preso visione dell'Avviso pubblico contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016;
- che nessun altro componente del proprio nucleo ha presentato istanza per il medesimo contributo;
- di essere consapevole che il Comune di residenza effettuerà i dovuti controlli, anche a campione, circa la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese ai fini dell'accesso alle provvidenze, anche richiedendo la produzione di specifiche attestazioni, non appena le direttive nazionali consentiranno la normale ripresa delle attività e che, a norma degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e successive modificazioni ed integrazioni, chi rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia e decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Luogo/data

La/Il dichiarante

---

*(nel caso di impossibilità alla sottoscrizione l'Ufficio accerterà l'identità del richiedente con riferimento agli estremi della carta d'identità)*