Al Comune di Prizzi

Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Misure urgenti di solidarietà alimentare – Emergenza sanitaria legata al diffondersi del virus Covd19 - Ordinanza n. 658 del 29.3.2020

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_), il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_), alla Via/C.so./Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. (\_\_\_), Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vista l’O.C.D.P.C n. 658 del 29.3.2020;

**CHIEDE**

 di essere ammesso alle misure ivi previste e di partecipare all’assegnazione dei contributi previsti per l’assistenza alimentare, ai sensi dell’ordinanza della protezione civile n. 658/2020 per se stesso e per il proprio nucleo familiare.

A tal fine, ai sensi del DPR 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del DPR 445/2000),

**DICHIARA**

* Che il motivo della difficoltà economica è rappresentato:
* Sospensione dell’attività commerciale/artigianale/industriale

 (specificare il tipo di attività: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_);

* Sospensione del rapporto di lavoro subordinato nell’ambito di aziende di cui al punto precedente;
* Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Dichiara di essere a conoscenza

**Dell’Art. 2, comma 6 Ordinanza N. 658 del Dipartimento di Protezione del Civile del 29.3.2020**: “*L’Ufficio* *dei Servizi Sociali di ciascun Comune individua la platea dei beneficiari e del relativo contributo tra i* ***nuclei familiari più esposti agli effetti economici derivanti dall’emergenza epidemiologica da virus Covid 19*** *e tra quelli in stato di bisogno, per soddisfare le necessità più urgenti ed essenziali* ***con priorità per quelli non già assegnatari di sostegno pubblico***”.

Allega:

* Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità;
* Autocertificazione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizza il trattamento dei dati personali contenuti nella presente domanda, ai soli fini della evasione dell’istanza, ai sensi del G.D.P.R. UE 2016/679 e del D.Lgs. 101/2018.

 Firma leggibile

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autocertificazione per la richiesta di contributo alimentare
 ai sensi del l’OCDPC 29 marzo 2020 n. 658**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/o sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Documento di riconoscimento, in corso di validità:

n.\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|, del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Facente parte del nucleo familiare composto da:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N. | NOME | COGNOME  | LUOGO DI NASCITA | DATA DI NASCITA | PARENTELA |
| 1 |   |   |   |   | Dichiarante |
| 2 |   |   |   |   |   |
| 3 |   |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   |   |

consapevole ai sensi dell’art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) con la presente

 **DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L’INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA**

* la propria condizione di disagio conseguente all’attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi: (indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione dell’ammissione al beneficio)

Descrivere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* di non percepire (nel proprio nucleo familiare) alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale
* *alternativamente* di beneficiare del seguente sussidio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di disporre complessivamente di depositi bancari/postali pari ad €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Che nel mese di Marzo ed Aprile 2020 il nucleo famigliare ha realizzato le seguenti entrate complessive: Marzo € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Aprile €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* Che la residenza del nucleo famigliare è in un immobile:
* in affitto;
* di proprietà
* altro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]di essere cittadino italiano;

[ ]di non avere redditi familiari, relativamente al periodo di emergenza epidemiologica da COVID-19, tali da garantire il minimo vitale per l’acquisito di beni di prima necessità;

[ ]di avere un reddito familiare annuo peri ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[ ] di essere lavoratore autonomo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con sospensione dell’attività dal \_\_\_/\_\_\_/2020;

[ ] di essere titolare di attività commerciale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sospesa a far data dal \_\_\_/\_\_\_/2020;

[ ] di essere lavoratore dipendente del settore privato con sospensione/riduzione dell’attività dal\_\_\_/\_\_\_/2020 e di non aver percepito per nei mesi di marzo ed aprile lo stipendio o altri ammortizzatori sociali;

[\_| di non percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare pubblico;

|\_\_| di percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare pubblico nella misura mensile di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_\_\_;

|\_\_| di non aver richiesto e di non essere destinatario di alcuna delle misure di sostegno economico previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto “Cura Italia”);

|\_\_| di aver richiesto, in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, l’accesso ad una delle misure di sostegno economico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*specificare quale*) previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (cd. Decreto “Cura Italia”);

 [ ] di non essere beneficiario del Reddito di Cittadinanza;

[ ]di essere beneficiario del Reddito di Cittadinanza per un importo mensile di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

[ ] di aver preso visione dello specifico Bando e di essere consapevole che il Buono Spesa è una tantum, a copertura di tutto il periodo emergenziale da COVID-19, salvo lo stanziamento di altre risorse ed il protrarsi del periodo di emergenza;

[ ] di essere consapevole che il Comune di Prizzi potrà svolgere i controlli di legge, anche a campione, sulla presente dichiarazione sostitutiva, con applicazione di sanzioni e segnalazione alle autorità preposte;

[ ] altro, specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Luogo e data

 Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.