DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE
AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

_l_ sottoscritt_.....

nat_ a..... il .....

residente a..... Via.....

tel./cell. …… e-mail ……

Professione……

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

D I C H I A R A

1 – che il proprio nucleo familiare convivente, oltre al sottoscritto, è composto da n. ___ persone di seguito elencate:

	Nome e cognome	**Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero…)**	**Professione (lavoratore, studente, disoccupato...)**
1	…….	…….	…….
2	…….	…….	…….
3	…….	…….	…….
4	…….	…….	…….
5	…….	…….	…….
6	…….	…….	…….
7	…….	…….	…….
8	…….	…….	…….
9	…….	…….	…….

2– che i suindicati componenti in età adulta si trovano alla data odierna nella seguente condizione lavorativa:

nome e cognome	Lavoratore dipendente o autonomo in attività	Lavoratore dipendente o autonomo In attività ridotta per effetto dell'emergenza COVID-19	Disoccupato per effetto dell'emergenza COVID-19	Disoccupato da data antecedente all'emergenza

3 – che il sottoscritto o uno dei componenti il nucleo familiare ha contratto/non ha contratto un mutuo per l'acquisto della casa di abitazione scadente il..... (specificare l'ammontare della rata mensile del mutuo che è di € ……..…… e che ha presentato/non ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo).

4 – che il sottoscritto o uno dei componenti il nucleo familiare ha contratto/non ha contratto un mutuo o finanziamento scadente il..... per l'acquisto del seguente bene.....

5 – di beneficiare /non beneficiare delle seguenti misure pubbliche a sostegno del reddito (es. cassa integrazione, assegno ordinario ecc..)…….....……

6 – che i componenti del nucleo familiare sono/non sono assegnatari di sostegno pubblico di carattere socio assistenziale. Se del caso indicare quali sono i beneficiari …….....…….

……..……...……

e il tipo di sostegno ……....……

……....……

7 – di non disporre di una giacenza bancaria/postale, alla data del 31.03.2020, superiore a € 2.000,00.

8 – che alla data del 31/03/2020 il nucleo sostiene un affitto per l'abitazione con un canone mensile dell'importo di €.....

Tanto sopra premesso, _l_ sottoscritto/a

C H I E D E

come previsto dall'ordinanza n. 658 del 29.03.2020, di essere destinatari_ delle risorse di solidarietà alimentari per i seguenti motivi (es. indicare da quando il reddito familiare si è ridotto, l'ultimo stipendio percepito dai componenti il nucleo ed il relativo ammontare ed ogni altra causa idonea a giustificare la richiesta)

…….…….

…….…….

…….

….....

……....…….

……...…….

…….…….

…….…….

…....., ……..

Firma

_____

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità

Informativa GDPR 2016/679*: i dati personali sopra riportati saranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione delle persone fisiche con riguardo ai dati personali.*

Il presente modulo, debitamente compilato, va inviato entro il 08/04/2020 all'indirizzo mail
politiche.sociali@comune.mogliano-veneto.tv.it
Per informazioni chiamare il numero 041/5930600 – 606 in orario d'ufficio