## Al COMUNE di

## Monte San Giovanni Campano

## Servizio Socio-Assistenziale

 l sottoscritto/a

nato/a a il codice fiscale:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Documento Identità n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_

recapiti telefonici

indirizzo di posta elettronica

*ai sensi della delibera di Giunta Comunale n. 21 del 03.04.2020 avente ad oggetto:*

# **“Direttive attuazione misure di sostegno alimentare nuclei familiari più esposti a rischi derivanti dall’emergenza epidemiologica da Covid-19”.**

## CHIEDE L’EROGAZIONE DEI BUONI DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARE

 **STANZIATI PER EMERGENZA COVID-19**

A TAL FINE DICHIARA:

consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,

* **di essere inoccupato/disoccupato** dalla data del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **che il nucleo familiare è composto da**:

*indicare nome cognome data di nascita e grado di parentela (madre, padre, figlio ecc*.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME E COGNOME** | **DATA DI NASCITA** | **GRADO DI PARENTELA** | **Disabilita’/Patologie Croniche** (indicare D per disabilità e P per Patologie Croniche) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* **che nessun membro** della mia famiglia è destinatario dei benefici previsti per i detentori di partita IVA;
* **di non essere beneficiario** di misure nazionali di politica attiva del lavoro e di contrasto alla povertà quali Reddito di Inclusione, Reddito di Cittadinanza, Pensione di Cittadinanza; o di esserne beneficiario ma per un importo inferiore a Euro 100,00.
* **di non essere beneficiario di:** prestazioni di assicurazione sociale per l’impiego (NaSpi), Diss-Coll, AsDI (assegno di disoccupazione), misure a sostegno del reddito previste dal Decreto- Legge del 17 marzo 2020 n.18 “Cura Italia” (cassa integrazione ordinaria o in deroga, assegni ordinari dei Fondi di solidarietà, contributi per lavoratori autonomi ecc.);

## di non avere attualmente disponibilità finanziaria per provvedere ai beni di prima necessità;

## di essere già seguiti dai Servizi Sociali Comunali;

## che nel proprio nucleo familiare non sono presenti pensionati e/o dipendenti di pubbliche amministrazioni, di aziende private non interessate dall’applicazione delle norme relative al contenimento dell’ epidemia da Covid-19 e che continuano a svolgere la propria attività.

## Di trovarsi nella seguente condizione di disagio economico:

## Disoccupazione / inoccupazione;

## Perdita della fonte di reddito del proprio nucleo familiare in conseguenza di chiusura delle attività lavorative disposta dagli interventi normativi di contrasto all’emergenza da epidemiologica da Covid-19 (indicare nome e sede dell’attività\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

## Altro (indicare ulteriori dichiarazioni, ISEE ove disponibile, …) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## IL SOTTOSCRITTO SOTTOSCRIVENDO LA PRESENTE RICHIESTA DICHIARA:

* di essere a conoscenza che saranno effettuati controlli a campione in merito alle dichiarazioni rese ai sensi del DPR 445/00;
* di assumersi la responsabilità di informare repentinamente l’Ufficio dei Servizi Sociali qualora mutino le condizioni per le quali si richiede la prestazione;
* di aver preso visione della delibera di giunta comunale n 21 del 03/04/2020:

**Si allega alla presente: Copia di un documento di identità del richiedente.**

Monte San Giovanni Campano, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA

(Il riquadro sottostante deve essere riempito solo se il presente modulo è stato compilato telefonicamente dall’Assistente Sociale).

Il Modulo è stato compilato dall’Assistente Sociale Dott./ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA

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

Il sottoscritto dichiara di ricevere n. \_\_\_\_ buoni del valore complessivo di Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 FIRMA PER RICEVUTA

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

Il/la sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e degli artt. 13 e 14 GDPR (Regolamento UE 679/2016) in ottemperanza al D.Lgs. n° 101 del 10/08/2008, per cui i dati personali trattati dal Servizio Sociale del Comune di Monte San Giovanni Campano sono raccolti per finalità di intervento specifiche del settore ed acquisiti direttamente da soggetti pubblici; il loro trattamento è svolto in forma cartacea e mediante strumenti informatici e telematici.

DATA FIRMA

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