Al Sindaco di MONTELANICO

**RICHIESTA ASSEGNAZIONE DEL CONTRIBUTO ECONOMICO A FAVORE DI PERSONE E/O FAMIGLIE IN CONDIZIONE DI DISAGIO ECONOMICO E SOCIALE CAUSATO DALLA SITUAZIONE EMERGENZIALE IN ATTO, PROVOCATA DALLA DIFFUSIONE DI COVID -19**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_)

Il \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/ codice fiscale

Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per se stesso e per il proprio nucleo familiare, l’assegnazione dei buoni spesa per l’acquisto di beni di prima necessità, prodotti alimentari, per l’igiene personale e farmaceutici a favore di persone e/o famiglie in condizioni di disagio economico causato dalla situazione emergenziale in atto, provocata dalla diffusione del COVID-19.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell’art. 76, D.lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell’art. 75 del su citato D.lgs. 445/2000

**DICHIARA**

* Di avere la residenza/domicilio nel Comune di Montelanico (Rm);
* Di essere cittadino/a straniero/a non UE in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità;
* Che nessun componente del nucleo familiare percepisce altre forme di sostegno al reddito erogate da enti pubblici e/o privati;
* Di percepire forme di sostegno economico quali: Reddito di Cittadinanza , Rem, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale specificare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dell’importo mensile di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di non percepire altre forme di sostegno;
* Di essere già in carico ai servizi sociali comunali e/o distrettuali;
* Di trovarsi nella seguente condizione di disagio economico a causa della situazione emergenziale in atto:
  + Disoccupazione
  + Inoccupazione
  + Riduzione reddito da lavoro dipendente/autonomo
  + Perdita della fonte di reddito del proprio nucleo familiare in conseguenza di chiusura delle attività lavorative disposta dagli interventi normativi di contrasto all’emergenza epidemiologica da COVID-19 (indicare nome e sede dell’attività) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altre informazioni utili all’esame dell’istanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Che il proprio nucleo familiare convivente è composto di n.\_\_\_\_\_\_\_ persone di cui n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ minori (da 0 a 17 anni) come da seguente prospetto:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Luogo e data di nascita** | **Grado parentela** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell’avviso relativo alla presente istanza e di accettarne tutte le condizioni in esso previste.**

**Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell’informativa che gli/le viene sottoposta ai sensi degli artt. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679 e 13 d.lgs. 163/2006.**

**Si allega:**

* **copia del documento di identità**
* **per i cittadini non UE copia di un titolo di soggiorno in corso di validità o rinnovo**

**Il /La sottoscritto/a si impegna all’utilizzo dei buoni spesa per l’acquisto esclusivo di generi alimentari, di prima necessità, farmaci**

Data

Firma

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

(Riservato all’ufficio)

* Ammesso ai benefici per € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili
* Non ammesso per i seguenti motivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Data

Ufficio Servizi Sociali

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