

OGGETTO: Domanda di ammissione alle misure urgenti di solidarietà alimentare e/o per medicinali.

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente/domiciliato in questo Comune in via _____ n. _____

Tel./cellulare _____ e-mail _____

Per i cittadini stranieri non appartenenti all'UE, indicare il possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità (*indicare gli estremi*) _____

chiede

di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà | | alimentare | | per medicinali, definite da questa amministrazione a seguito dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 658 del 30/03/2020 e della deliberazione del 31 marzo 2020 della Regione Lazio con la quale sono state approvate le *Modalità di erogazione e assegnazione dei pacchi alimentari/ buoni spesa e spese per medicinali a favore delle famiglie residenti/domiciliate nel Lazio in situazione di contingente indigenza economica derivante dalla emergenza Covid-19*;

per sé e per il proprio nucleo familiare composto oltre che dal sottoscritto da:

- Cognome _____ Nome _____
- Cognome _____ Nome _____
- Cognome _____ Nome _____
- Cognome _____ Nome _____
- Cognome _____ Nome _____

DICHIARA ED AUTOCERTIFICA

ai sensi e per gli effetti dell'art.76 D.P.R. 445/2000 consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità,

- di far parte di un nucleo familiare particolarmente esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e di essere in stato di bisogno, in quanto:

Di corrispondere un importo di affitto mensile di Euro _____

Di trovarsi in stato di inoccupazione a causa dell'applicazione delle norme relative al contenimento della epidemia da Covid-19 (chiusura temporanea della propria attività a causa delle disposizioni ministeriali, etc.)

Descrivere tipologia di attività svolta e data di interruzione della stessa:

altro _____

ultimo reddito percepito e ultima mensilità per il nucleo familiare di appartenenza:

- Cognome _____ Nome _____
Importo ultimo reddito percepito _____ mensilità _____

- Cognome _____ Nome _____
Importo ultimo reddito percepito _____ mensilità _____

di non avere ancora ottenuto ammortizzatori sociali
ovvero

di non poter accedere a forme di ammortizzatori sociali

Dichiara di non aver disponibilità liquida o bancaria per l'acquisto dei beni di prima necessità

identificati come generi alimentari e farmaci

- di essere in carico ai servizi sociali comunali e/o distrettuali
- che nessuno del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico
ovvero

- che i componenti del nucleo familiare fruiscono delle seguenti forme di sostegno pubblico al reddito o alla povertà erogati da Enti Pubblici (es. reddito di cittadinanza, etc.):
 - o reddito di cittadinanza (*specificare importo*) _____
 - o cassa integrazione (*specificare importo*) _____
 - o indennità di disoccupazione (*specificare importo*) _____
 - o pensione di invalidità civile (*specificare importo*) _____
 - o pensione invalidità/anzianità/vecchiaia (*specificare importo*) _____
 - o reversibilità (*specificare importo*) _____
- altri sussidi anche comunali (*specificare importo*) _____

Allega fotocopia carta d'identità o di altro documento di identità ed autorizza i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (es. *anagrafe, servizi sociali ecc.*) e nazionali (es. *INPS, Guardia di Finanza ecc.*) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.

ACCONSENTE ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di legge.

Lì _____

(firma per esteso e leggibile)

SPAZIO RISERVATO AI SERVIZI SOCIALI

Acquisiti i seguenti documenti:

- Visura relativa allo stato di famiglia anagrafico;
- Documenti relativi ad altri contributi comunali, regionali e nazionali
-

l'istante:

- Viene ammesso ai seguenti benefici:
- Viene escluso da ogni beneficio per i seguenti motivi:

Lì,

Il Responsabile del servizio
