

Allegato B)

Al Sig.Sindaco
del Comune di Fontanelle
P.zza Marconi ,1
31043 Fontanelle (TV)

**OGGETTO: ORDINANZA N. 658 DEL 29.03.2020 DEL CAPO DIPARTIMENTO DELLA
PROTEZIONE CIVILE – DICHIARAZIONE AI FINI ACCESSO AL FONDO DI
SOLIDARIETA' ALIMENTARE**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà

(Artt. 46 e 47 - D.P.R. 28 dicembre 2000,n.445)

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome / Surname Nome / First name

Sesso *[Gender]* |M| - |F|

Luogo di nascita *[Place of birth]* _____

Data di nascita *[Date of birth]* |__|_| / |__|_| / |__|_|_|_|

Residente in (indirizzo) *[Resident in (Address)]* _____

Codice Fiscale _____

Città *[City]* ____ 31043 ____ Comune *[Municipality]* _____ Provincia *[District]* |_T_|_V_|

e-mail _____ @ _____

telefono/ cellulare *[phone number/cell phone]* _____

per i cittadini stranieri non UE, di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità
estremi del documento _____ scadenza _____

**Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di false
dichiarazioni e di formazione o uso di atti falsi:**

DICHIARA

- A) di essere residente con il proprio nucleo familiare nel Comune di Fontanelle alla data odierna;
- B) che il proprio nucleo familiare è composto dal/dalla sottoscritto/a e da altri n. _____ conviventi e precisamente:

	Cognome	Nome	Data di nascita	Relazione di Parentela	Professione

- C) di trovarsi, alla data di presentazione della presente dichiarazione, nelle seguenti condizioni, a seguito dell'emergenza COVID-19 e che uno dei seguenti eventi è intervenuto successivamente alla data del 21 febbraio 2020 (*barrare l'ipotesi di interesse*):

SITUAZIONE OCCUPAZIONALE		
A.	<input type="checkbox"/> Perdita del lavoro dipendente	Data della cessazione _____
B.	<input type="checkbox"/> Perdita del lavoro autonomo	Data della cessazione _____
C.	<input type="checkbox"/> Cessazione del rapporto di lavoro di cui all'articolo 409, numero 3), del codice di procedura civile (rapporti di agenzia, di rappresentanza commerciale ed altri rapporti di collaborazione che si concretino in una prestazione di opera continuativa e coordinata, prevalentemente personale, anche se non a carattere subordinato)	Data della Cessazione _____
D.	<input type="checkbox"/> Di far parte di altre categorie di soggetti non indicati nei campi precedenti e trovarsi attualmente in uno stato di disoccupazione per almeno 30 giorni lavorativi consecutivi	Data della Sospensione _____

SITUAZIONE FAMILIARE
1. <input type="checkbox"/> Di essere soggetto o Nucleo Familiare con Reddito di Cittadinanza o Reddito di Inclusione attualmente sospeso, revocato e/o decaduto.
2. <input type="checkbox"/> Di essere soggetto o Nucleo Familiare che percepisce forme di sostegno economico quali: Reddito di Cittadinanza o Reddito di Inclusione, Naspi, contributi comunali, contributi regionali. Specificare _____ dell'importo mensile di € _____
3. <input type="checkbox"/> Di essere persona anziana over 65 sola o in coppia in assenza di pensione o altra forma di reddito.
4. <input type="checkbox"/> Nucleo familiare che <u>alla data del 31.10.2020</u> non ha una disponibilità di giacenza bancaria/postale sufficiente per l'acquisto di beni di prima necessità e a tal fine dichiara di avere: Euro _____
5. <input type="checkbox"/> Nucleo familiare che a seguito del COVID-19 ha avuto il decesso o malattia del componente del nucleo percettore del reddito principale ed inoltre, a seguito di lutti intervenuti in famiglia nell'anno antecedente al 21 febbraio 2020, si trova con riduzione del reddito e/o con conti correnti congelati e/o nella non disponibilità temporanea dei propri beni e/o non possiede strumenti di pagamento elettronici.
6. <input type="checkbox"/> Nucleo familiare in cui vi è persona disabile o con invalidità certificata.
7. <input type="checkbox"/> Nucleo familiare che <u>accede / non accede</u> a forme di sostegno alimentare (es. banco alimentare, caritas ecc...)
8. <input type="checkbox"/> Nucleo familiare con la presenza di n. ____ <u>neonati / infanti</u> di età inferiore a 3 anni.
9. <input type="checkbox"/> Nucleo familiare con un reddito mensile netto incassato a qualsiasi titolo e con riferimento al <u>me</u> se di <u>ottobre 2020</u> di complessivi € _____
10. <input type="checkbox"/> Di essere conduttore di un contratto di locazione per la casa in cui abita il cui canone mensile è pari ad € _____
11. <input type="checkbox"/> essere proprietario / comproprietario della casa in cui abita e di non avere altre proprietà immobiliari.
12. <input type="checkbox"/> che uno dei componenti il nucleo familiare: <input type="checkbox"/> ha contratto <input type="checkbox"/> non ha contratto un mutuo per l'acquisto della casa di abitazione (la rata mensile del mutuo è di € _____) e che <input type="checkbox"/> ha presentato <input type="checkbox"/> non ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo.
13. Di <u>aver / non aver</u> presentato domanda per i precedenti bandi di accesso al fondo di solidarietà alimentare emanato dal Comune di Fontanelle in base all'Ordinanza 658 del 29/03/2020.
14. <i>campo riservato ad altre dichiarazioni che il richiedente voglia rilasciare</i>

TUTTO CIO' PREMESSO

CHIEDE

di essere ammesso al riparto delle risorse raccolte dal Comune di attraverso l'apposito conto corrente istituito a seguito dell'indirizzo della Giunta del 16.04.2020

e chiede pertanto il rilascio di **BUONI SPESA ALIMENTARI**

Il sottoscritto dichiara infine di aver preso atto che i dati personali presenti nella presente istanza/ autodichiarazione verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D. Lgs. 196/2003 e cc. mm. ii. e con la presente ne autorizza l'utilizzo.

Luogo e data,

La persona che sottoscrive il presente modello di domanda (colui che subisce l'evento) dichiara sotto la propria responsabilità di agire anche in nome e per conto di uno o più componenti del nucleo familiare.

Il/la richiedente

ATTENZIONE: si prega di verificare che tutti i campi di competenza siano stati correttamente compilati ed in forma leggibile. In particolare si ricorda di apporre la firma oltre alla data e luogo di sottoscrizione. Le domande con dati incompleti, errati o non corrispondenti al documento d'identità saranno respinte.

ALLEGARE: copia di documento di identità (e permesso di soggiorno per extracomunitari).

Si specifica che non vi è alcun obbligo di allegare documenti ma di conservarli per eventuali futuri controlli da parte dell'Amministrazione Comunale, ad eccezione del documento di identità valido la cui copia va sempre allegata.

Inoltre la presente domanda debitamente sottoscritta con allegato copia del documento di identità tramite:

e-mail: servizisociali@comune.fontanelle.tv.it

PEC: posta@pec.comune.fontanelle.tv.it

IMPORTANTE: qualora non si disponga di stampante o scanner, è possibile inviare la richiesta per e-mail ANCHE SENZA FIRMA. Tuttavia è obbligatorio allegare COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' del richiedente (anche mediante foto del cellulare). In tal caso verrà chiesta successivamente la regolarizzazione della domanda.