

Al Comune di Castelsantangelo sul Nera

62039 - Piazza S. Spirito, n.1

Alla c.a. del Responsabile dell'Ufficio Servizi Sociali

AUTOCERTIFICAZIONE

(ai sensi degli Art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

OGGETTO: Domanda di ammissione alle misure urgenti di solidarietà alimentare-COVID19

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente e/o domiciliato nel Comune di Castelsantangelo sul Nera, in via

_____ n. _____ Tel./cellulare _____ e-mail

_____.

Consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R. 445/2000) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 445/2000),

D I C H I A R A

- Di essere residente o domiciliato nel Comune di Castelsantangelo sul Nera,
- 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 [illustrare sinteticamente le ragioni dello stato di bisogno]

- che il proprio nucleo familiare è così composto:

COMPONENTI	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA

Inoltre dichiara di trovarsi in una delle seguenti condizioni:

- nucleo familiare monoreddito il cui titolare ha ridotto, sospeso o chiuso l'attività lavorativa in proprio (indicare l'attività e luogo _____);
- nucleo familiare monoreddito con lavori intermittenti e/o saltuari;
- nucleo familiare monoreddito il cui titolare è disoccupato alla data del presente provvedimento o è un dipendente privato al quale il datore di lavoro abbia sospeso o ridotto l'orario di lavoro a causa dell'emergenza coronavirus;
- nucleo familiare non monoreddito che versa comunque in stato di necessità a causa della riduzione o sospensione dall'attività lavorativa dei suoi componenti;

Dichiara altresì:

- di non essere titolare di Reddito di Inclusione o Reddito/Pensione di Cittadinanza o di altre prestazioni assistenziali per un importo mensile superiore ad euro 300,00;
- di non essere titolare di trattamento pensionistico di importo superiore ad Euro 9.360,00;
- di non aver percepito nel mese di settembre 2021 contributi di qualsiasi natura da Enti pubblici o Enti del Terzo settore d'importo superiore ad euro 300,00 (**escluso il C.A.S.**);

In aggiunta dichiara:

- Che i componenti del nucleo familiare a cui appartengo non hanno complessivamente risparmi o comunque disponibilità finanziarie superiori ad euro 6.000,00.

Pertanto,

C H I E D E

di essere ammesso/a alle misure urgenti di solidarietà alimentare, definite da questa amministrazione a seguito dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 658 del 30/03/2020 e del D.L. n.154/2020.

Dichiara altresì di essere informato, ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e seg. Del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR 2016/679), che i dati personali raccolti saranno trattati,

anche con strumenti informativi, nell'ambito dei procedimenti connessi alla verifica della presente autodichiarazione.

Allega fotocopia carta d'identità o di altro documento di identità in corso di validità.

_____, il _____

FIRMA

Informativa ai fini del trattamento dati:

Titolare del Trattamento: Comune di Castelsantangelo sul Nera

Finalità: gestione del procedimento relativo al rilascio del buono spesa previsto dal DPCM 28/03/2020, OCDPC n.658/2020.

Base giuridica: il trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare del trattamento. Combinato disposto artt. 6.1.e. del Reg. Ue 679/2016 e parere Garante Privacy 21-9- 2005 doc. web 1174532.

Dati trattati: anagrafici e dati idonei alla rilevazione della condizione di necessità del servizio richiesto

I dati non vengono inviati a terzi e vengono trattati esclusivamente dal personale incaricato. I soli dati anagrafici potranno essere comunicati agli esercenti commerciali individuati.

Data:

Firma
