

RICHIESTA

Per l'erogazione misura urgente di solidarietà alimentare

Spett.le Comune di Sanfront

Il/la sottoscritto/a _____ cod.fiscale _____

Nato a _____ provincia di _____ il _____

Residente a _____ in Via _____ n _____

Telefono _____

L'istanza va compilata interamente.

Richiede l'erogazione della misura urgente di solidarietà alimentare (ai sensi dell'Ordinanza n.658 Dipartimento della Protezione Civile del 29.3.2020) sottoforma di fornitura di buoni spesa utilizzabili per l'acquisto di generi alimentari o prodotti di prima necessità nei negozi convenzionati con il Comune di Sanfront di cui è disponibile l'elenco sul sito www.comune.sanfront.it

E A TAL FINE DICHIARA

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e delle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del DPR n. 445/2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo DPR n. 445/2000

1. Che il proprio nucleo familiare, compreso il dichiarante è così composto:

Cognome e Nome	M/F	Posizione in famiglia	Età	Stato civile	Professione	Reddito mese di agosto	Reddito mese di settembre	Reddito mese di ottobre

2. Che il nucleo familiare è seguito dai Servizi Sociali:

SI

NO

3. Che la situazione attuale del nucleo familiare è la seguente:

Specificare i redditi derivanti dall'attività dei vari componenti, eventuali condizioni di disabilità o altri elementi utili per comprendere la situazione familiare

4. Che la situazione emergenziale per cui si richiede la misura urgente di solidarietà alimentare è la seguente :

(Es. assenza di lavoro, interruzione della propria attività o altre motivazioni da specificare nella casella sottostante)

5. Che al 31.10.2021 la GIACENZA DISPONIBILE in banca/posta era di:

€ _____

6. Inoltre DICHIARO (barrare le voci che interessano)

Di non ricevere alcun contributo pubblico a favore del mio nucleo familiare (né io né i miei familiari)

Di ricevere (io o i miei familiari) i seguenti contributi pubblici:

Reddito di cittadinanza (RdC) (importo mensile _____)
Reddito di inclusione (importo mensile _____)
NASPI (disoccupazione) (importo mensile _____)
Indennità di mobilità (importo mensile _____)
Cassa integrazione (importo mensile _____)
Fondo integrazione solidale (importo mensile _____)
Invalidità (importo mensile _____)
Accompagnamento (importo mensile _____)
Indennità di frequenza (importo mensile _____)
Ristori (importo mensile _____)
ALTRO (specificare _____ importo mensile _____)

Situazione abitativa:

- Casa di proprietà
 Casa in locazione: Affitto per € mensili _____

Si allega:

- Documento di identità
- Altra documentazione che si ritiene utile alla valutazione di questa domanda da parte del Consorzio del Monviso Solidale (Isee, documentazioni reddituali, etc.)

Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizzo il COMUNE DI SANFRONT al trattamento dei miei dati personali, esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all'art. 13 del D. Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679);

Data:

Firma: