

Al Responsabile dell'Area amministrativa
Settore Servizi Sociali
del Comune di Giffoni Valle Piana
Via Vignadonica, 29

Oggetto: Domanda per l'ammissione al beneficio del sostegno alimentare di cui al Decreto Legge 23/11/2020 n. 154 "MISURE FINANZIARIE URGENTI CONNESSE ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19" ai sensi dell'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 658 del 29/03/2020 - EMERGENZA SANITARIA LEGATA AL DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19 - MISURE URGENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE

il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____, il _____,

residente a _____, alla via _____

n.____, recapito telefonico _____ indirizzo e-mail _____

visto quanto disposto dall'ordinanza n. 658 del 29/03/2020 e dal Decreto Legge n. 154 del 23/11/2020 in relazione alle misure urgenti di solidarietà alimentare;

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio delle misure previste.
A tal scopo, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n.445 consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000, n. 445)e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000,n.445)

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare risulta composto da n. _____ come di seguito indicati:

N.	Cognome	Nome	Luogo di Nascita	Data di nascita	Codice fiscale	Parentela
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

1. di essere residente nel Comune di Giffoni Valle Piana;

2. che tutti i componenti del nucleo familiare sono in uno stato di inoccupazione;

oppure che tutti i componenti del nucleo familiare sono in uno stato di disoccupazione;

oppure di essere capo famiglia, in situazione di temporanea difficoltà a seguito dell'Emergenza COVID -19 per i seguenti motivi:

chiusura/sospensione attività lavorativa:

propria;

dipendente;

ed in correlazione;

di non aver ancora ottenuto ammortizzatori sociali;

di non poter accedere a forme di ammortizzatori sociali.

di essere in possesso dei seguenti requisiti di priorità:

Essere percettore del reddito di cittadinanza NO SI importo mensile €_____;

Essere titolare di una pensione (sociale e/o contributiva): NO SI importo mensile €_____;

Essere componente di un nucleo familiare in cui almeno uno dei membri possa essere, a qualsiasi titolo, titolare o avente diritto di una delle indennità, sussidi o altra forma di beneficio previsto dalle normative in materia di emergenza covid-19 previste dal d. l. 2 marzo 2020 n. 9 (G.U. n. 53 del 2.3.2020) e d.l. 17 marzo 2020 n.18 (G. U. n. 70 del 17.03.2020)

NO SI importo mensile €_____;

Nucleo familiare che sostiene il costo di un canone di locazione ad uso abitativo per un importo mensile €_____ e /o il pagamento di un mutuo per l'acquisto di una casa per l'importo mensile €_____;

DICHIARA ALTRESÌ

Di non disporre direttamente o per il tramite dei componenti il nucleo familiare di una provvista depositata su conti correnti e/o bancari pari o superiore a €. 6.000,00 ovvero di valori mobiliari (Buoni fruttiferi, azioni, ecc. ecc.) immediatamente smobilizzabili pari o superiori a € 6.000,00.

Allega alla presente:

- copia del documento di riconoscimento;
- Tessera Sanitaria.

Data _____

Luogo _____

Firma leggibile

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nella dichiarazione resa ai soli fini della evasione della istanza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Firma leggibile
