

*Settore Servizi Alla Persona*

*Socio-Sanitario-Pubblica Istruzione*

Al Comune di Andria

Settore IV Servizi Sociali

Andria (Bt)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ai sensi dell'Ordinanza della Protezione Civile del 29.03.2020 n. 658**

**CHIEDE**

di poter accedere al sostegno **EMERGENZA ALIMENTARE**

Consapevole delle responsabilità penali che mi assumo, ai sensi dell'art. 76 del DPR 28/12/2000, N. 445, per falsità in atti e dichiarazioni mendaci dichiaro di aver compilato il modulo e di aver effettuato dichiarazioni che sono accertabili ai sensi dell'art.43 del citato DPR n.445/2000 ovvero documentabile su richiesta dell'Amministrazione competente.

Consapevole, altresì, che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del DPR n. 445/2000; nel caso di erogazione di una prestazione sociale potranno essere eseguiti verifiche dirette ad accertare la veridicità delle informazioni fornite ed effettuati da parte della Guardia di Finanza, presso gli istituti di credito e gli altri intermediari finanziari che gestiscono il patrimonio immobiliare.

A tal fine,

**DICHIARA**

**1.**  che il proprio nucleo familiare, compreso il dichiarante, è composto come di seguito indicato:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Componente (dichiarante/coniuge, figlio, convivente, altro) | Cognome | Nome | Luogo di nascita | Data di nascita | Codice Fiscale (solo per gli adulti) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**2.** di essere titolare di P. IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per l’espletamento della seguente attività \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, attività sospesa o ridotta a partire dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per effetto delle misure di contenimento disposte in materia di COVID 19

**3.**  che **NESSUN COMPONENTE** del nucleo familiare è percettore di REI, RED 2.0, RED 3.0 o RdC o di altro sostegno pubblico

**4**. che il proprio nucleo familiare beneficia di REI, RED 2.0, RED 3.0 o RdC del seguente importo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**5.** di essere stato licenziato dalla ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6**. di essere stato posto in Cassa Integrazione dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per causa Covid19 con percezione del seguente emolumento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**7.** che il proprio nucleo familiare è privo di qualsiasi reddito da lavoro;

**8**. che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_\_\_ componenti con disabilità percettori di pensione (indicare tipo di pensione)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**9.** che nel proprio nucleo familiare sono presenti n.\_\_\_\_\_ componenti con disabilità inferiore al 74%;

**10.** che la giacenza bancaria/postale ad oggi è pari a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**11.** dichiaro di essere già seguito dal Servizio Sociale Professionale del Comune di Andria , nella persona dell'Assistente Sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**12.** ovvero di **NON** essere mai stato seguito dal Servizio Sociale Professionale;

Alla presente allego i seguenti documenti:

1. Documento d'identità in corso di validità;
2. Numero DSU per l’acquisizione dell’ ISEE 2020 solo se in possesso.

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADEMPIMENTI PRIVACY

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali contenuti nella presente istanza ai sensi dell’art.13 del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n.196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art.13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679)

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai fini della determinazione del buono alimentare si stabilisce la seguente ripartizione, tenendo conto del numero dei componenti del nucleo familiare:

|  |  |
| --- | --- |
| **N. componenti nucleo familiare** | **Importo** |
| **1-2 componenti** | **€ 300.00** |
| **3-4 componenti** | **€ 400.00** |
| **5 o più componenti** | **€ 500.00** |

Nota:In riferimento al punto n.4 si precisa che il Servizio Sociale Professionale valuterà la destabilizzazione dei nuclei familiari già percettori delle misure di contrasto alla povertà.