**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE
AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE
Art.47 del D.L.154 del 23.11.2020**

1 sottoscritt.....
nat_ a..... il
residente a..... Via.....
tel./cell. e-mail

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

D I C H I A R A

1 – che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone di seguito elencate:

Nome e cognome	Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero...)	Professione (lavoratore, studente, disoccupato...)
1	...DICHIANANTE.....	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

2 – di essere proprietario della casa in cui abita [SI] --- [NO]:
specificare se con mutuo, quale importooppure se sospeso.....

3- di avere un contratto di affitto mensile [SI] – [NO]:
specificare importo affitto.....oppure se sospeso.....

4 – di percepire in qualità di dichiarante, le seguenti entrate di sostegno del reddito (es. cassa integrazione, assegno ordinario, assegno di mantenimento, disoccupazione, reddito di cittadinanza, bonus INPS ecc.) e i relativi importi:

.....
.....
.....

5 – che i seguenti componenti del proprio nucleo familiare percepiscono le seguenti entrate di sostegno al reddito (es. cassa integrazione, assegno ordinario, assegno di mantenimento, disoccupazione, reddito di cittadinanza, ecc.), e i relativi importi:

.....
.....
.....

6-di essere privo di reddito dal, (ultimo stipendio percepito €.....).

o con reddito ridotto dal, con importo di €.....

7 – di non disporre di una giacenza bancaria/postale, alla data del 30.11.2020, superiore a € 5.000,00.

8- di essere informato che i dati personali da me forniti saranno trattati ai sensi del REGOLAMENTO.UE 2016/679 GDPR e del D.L.gs. 196/2003, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

*** * ***

Tanto sopra premesso, **I sottoscritt_ chiede, come previsto dal D.L.154 DE 23.11.2020, di essere destinatario delle risorse di solidarietà alimentari per i seguenti motivi:**

- o Nucleo familiare monoreddito il cui componente lavoratore ha richiesto trattamento di sostegno al reddito o il datore di lavoro ha chiesto ammissione al trattamento di sostegno al reddito o che abbia sospeso o ridotto l’orario di lavoro per effetti derivanti dall’emergenza epidemiologica da virus Covid-19 per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore;
- o Nucleo familiare o persone singole in carico al Servizio Sociale per stato di bisogno (esempio nuclei familiari con minori, nuclei mono genitoriali in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari, nuclei familiari con familiari con patologie) che determina una situazione di disagio-economico)
- o Altro:

.....

Il sottoscritto dichiara che utilizzerà I BUONI SPESA, esclusivamente presso i seguenti esercizi commerciali: COOP. di Campolongo Maggiore, COOP. di S. Maria Assunta, Supermercato MAXI di GOBBI ALDO di Liettoli, Superalimentari MARIGO di MARIGO DANIELE di Bojon.

Il Comune di Campolongo Maggiore comunica che sarà possibile attivare controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni scritte.

Campolongo Maggiore

Firma

.....

(Allegare valido documento di identità)