

**Oggetto: MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE DI CUI AL D.L. 154/2020 E ALL'ORDINANZA DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29/03/2020**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Avvalendosi delle disposizioni di cui al D.P.R.n.445/2000 per il rilascio delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R.445/2000,

**al fine di ricevere il contributo di cui al D.L.23 novembre 2020 n. 154 recante "Misure finanziarie urgenti connesse all'emergenza epidemiologica da COVID -19" e sulla base dell'Ordinanza n.658 del 29.03.2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile**

**DICHIARA**

Che il proprio nucleo familiare risulta così composto:

Cognome e Nome	Codice Fiscale	Grado di parentela

*(spuntare solo caselle interessate)*

Che il proprio nucleo familiare è formato da n° \_\_\_\_\_ di cui:

( ) minori n. \_\_\_\_\_

( ) disabili n. \_\_\_\_\_

( ) anziani non autosufficienti n. \_\_\_\_\_ di cui n. \_\_\_\_\_ percettori di:

○ Pensione anzianità/vecchiaia per un importo complessivo mensile pari ad € \_\_\_\_\_;

○ Pensione d'invalidità/inabilità per un importo complessivo mensile pari ad € \_\_\_\_\_;

○ Indennità di accompagnamento per un importo complessivo mensile pari ad € \_\_\_\_\_;

○ Contributo per disabilità gravissima per un importo complessivo mensile pari ad € \_\_\_\_\_;

di trovarsi in uno stato di temporanea indigenza derivante e/o aggravato dall'emergenza epidemiologica da COVID-19. (indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione e dell'entità del contributo)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.

Che tutti i componenti del nucleo familiare in età lavorativa sono attualmente disoccupati.

Oppure

Che n. \_\_\_\_\_ componenti del nucleo familiare in età lavorativa sono occupati ma che il reddito mensile percepito pari ad € \_\_\_\_\_ non è sufficiente al sostentamento del nucleo familiare.

che nessun componente del nucleo familiare ha disponibilità di denaro liquido bancario né percepisce alcun tipo di pensione.

Oppure

che nessun componente del nucleo familiare beneficia di misure di ammortizzatori sociali (NASPI, DIS-COLL, Cassa Integrazione).

Oppure

che un componente del nucleo familiare beneficia del seguente ammortizzatore sociale \_\_\_\_\_ per un importo pari ad € \_\_\_\_\_ mensili non sufficiente al sostentamento del nucleo familiare.

Oppure

che nessun componente del nucleo familiare beneficia delle misure di sostegno pubblico al reddito (Reddito di Cittadinanza, Reddito di emergenza, Servizio Civico etc...).

Oppure

che n. \_\_\_\_\_ componente del nucleo familiare beneficia delle seguenti misure di sostegno pubblico al reddito \_\_\_\_\_ per un importo pari ad € \_\_\_\_\_ mensili;

che vive in un'abitazione:

di proprietà;

in affitto con canone di locazione mensile pari ad € \_\_\_\_\_;

in comodato d'uso;

che sostiene rate di pagamento per mutuo pari ad € \_\_\_\_\_;

di disporre, alla data del \_\_\_\_\_, della somma di € \_\_\_\_\_ su un conto corrente bancario e/o postale e/o su depositi bancari/postali (titoli, polizze, buoni fruttiferi etc...), intestato o cointestato allo stesso e/o ai componenti il nucleo familiare e rilevabile dall'ultimo estratto conto (sono ammessi al beneficio chi dispone fino a complessivi € 5.000,00 per nucleo monocomponente, maggiorato di ulteriori € 500,00 per ogni componente aggiuntivo al primo.);

**Autorizzo espressamente il trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i., D.Lgs.101/2018 e del DPR 679/2016.**

**Allega:**

- **documento di riconoscimento in corso di validità**

- **ISEE+DSU incorsodivalidità**

- **Riepilogo saldo corrente e degli eventuali depositi bancari e/o postali (riepilogo saldo entrate – saldo uscite - saldo residuo) di tutti i componenti del nucleo familiare.**

Collesano, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_