

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
PER ACCEDERE AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE
(Ordinanza Protezione Civile n. 658 del 29 marzo 2020),
- art. 1 lettera G e art. n° 46 D.P.R. n° 445 del 28.12.2000 -
NON SOGGETTA AD AUTENTICAZIONE - ESENTE DA IMPOSTA DI BOLLO**

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a a.....il...../...../.....
residente a.....via.....n° civico.....
C.F.....
E-Mail.....
tel.....cell.....

Consapevole delle sanzioni penali cui può andare incontro in caso di dichiarazioni false, o comunque non veritiere che comportano la decadenza del beneficio, come previsto dagli art. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

1- che la composizione del proprio nucleo familiare è la seguente:

grado di parentela	nome cognome	Data di nascita	Codice fiscale

2- che i suindicati componenti sono/non sono proprietari della casa/alloggio in cui abitano e di avere/non avere altre proprietà immobiliari (se si specificare quali):

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

3- che i suindicati componenti **in età adulta** si trovano alla data odierna nella seguente condizione lavorativa:

nome e cognome	Lavoratore dipendente/autonomo o Regolarmente in attività (barrare la casella corrispondente)	Lavoratore dipendente/autonomo o In attività ridotta per effetto dell'emergenza COVID-19 (barrare la casella corrispondente)	Disoccupato per effetto dell'emergenza COVID-19 (barrare la casella corrispondente)	Disoccupato da data antecedente all'emergenza (barrare la casella corrispondente)

4- che i suindicati componenti **in età adulta** beneficiano alla data odierna delle misure di integrazione salariale garantite, per il tramite dell'INPS, dal DL 17/03/2020 n° 18 Cassa Integrazione Ordinaria ovvero assegno ordinario per COVID-19 nazionale (€ 600,00)

nome cognome	tipologia di misura di sostegno	importo mensile	data prima erogazione

5- che i suindicati componenti beneficiano attualmente di contributi e/o sostegni pubblici di carattere socio-assistenziale (esempio Reddito di Cittadinanza, contributo Servizi Sociali Comunali ecc.) così come segue:

nome cognome	tipologia di sostegno pubblico	importo mensile	data prima erogazione

6- che il nucleo si trova in condizione di bisogno per effetto della situazione di emergenza contingente e che, comunque, dispone complessivamente, alla data odierna, di risparmi liquidi (depositi bancari, postali ecc.) per un importo **non superiore a € 6.000,00:**

(barrare la casella corrispondente)

€ 0 - 2.000,00	€ 2.000,00 - 4.000,00	€ 4.000,00 - 6.000,00
----------------	-----------------------	-----------------------

7- che alla data odierna il nucleo ha in essere un mutuo per l'acquisto della prima casa scadente il __/__/_____
con l'istituto di credito _____ filiale di _____
che prevede una rata mensile pari ad € _____

8- che alla data odierna il nucleo ho in essere un mutuo o finanziamento contratto in data ____/____/_____
con l'istituto di credito _____ scadente il ____/____/_____
per l'acquisto del seguente bene _____

9 - altre dichiarazioni _____

10- Tanto sopra premesso, ..l... sottoscritt... chiede, come previsto dall'Ordinanza della Protezione Civile n. 658 del 29 marzo 2020, di essere destinatari.. delle risorse di solidarietà alimentare per i seguenti motivi (es. indicare da quando il reddito familiare si è ridotto, l'ultimo stipendio percepito dai componenti il nucleo ed il relativo ammontare ed ogni altra causa idonea a giustificare la richiesta).

INDICARE INOLTRE SE VIENE RICHIESTO IN ALTERNATIVA AL BUONO ALIMENTARE UN AIUTO ALIMENTARE DIRETTO IMMEDIATO, CONSISTENTE NELLA CONSEGNA DI BORSA DI SPESA A DOMICILIO GIA' PREPARATA CON GENERI ALIMENTARI DI PRIMA NECESSITA':

IN QUESTO CASO SI TRATTA DI AIUTO ANCHE AL DI FUORI DEL BUDGET STATALE e organizzato dal comune di Galliera Veneta con gli enti del volontariato.

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

Galliera Veneta, _____ Il dichiarante _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DI VALIDO DOCUMENTO D'IDENTITA'

INFORMATIVA ai sensi dell'art. 13 del Regolamento 2016/79/UE, noto come General Data Protection Regulation (GDPR) i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Galliera Veneta.
Il sottoscritto dichiara inoltre che il presente documento può valere nei confronti dei privati che vi consentono, i quali sono da me autorizzati al controllo (art. 2 e 21 del DPR 445/2000).

Galliera Veneta, _____ Il dichiarante _____

SI RICORDA CHE LA PRESENTE DICHIARAZIONE DOVRA' ESSERE COMPILATA IN OGNI SUA PARTE E VERRA' VAGLIATA ATTENTAMENTE DALL'AMMINISTRAZIONE CONGIUNTAMENTE AI SERVIZI SOCIALI.

SI RICORDA INOLTRE CHE LE DICHIARAZIONI MENDACI SONO PUNITE PENALMENTE AI SENSI DELL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445/2000.

Il presente modulo, debitamente compilato, sottoscritto e scansionato, con allegata fotocopia di valido documento d'identità, va inviato alla mail protocollo@comune.gallieraveneta.pd.it,

OVVERO

può essere consegnato debitamente compilato e sottoscritto, con allegata fotocopia di valido documento d'identità, all'Ufficio Protocollo, una persona alla volta, nei giorni di **lunedì, mercoledì, giovedì** e **sabato**, dalle ore **10.00** alle ore **13.00**.

Per informazioni chiamare il numero **0495969153**, int. 7 o int. 3, dalle ore **10.00** alle **13.00**, **dal lunedì al sabato**.