

**DICHIARAZIONE DELLE CONDIZIONI PER L' EROGAZIONE VOUCHER DI SPESA PER PRODOTTI
ALIMENTARI**

In attuazione della OCDPC n. 658 del 29/03/2020

*da trasmettere per e-mail a assistentesociale@comune.vignate.mi.it o con pec a protocollo@pec.comune.vignate.mi.it
con copia del documento di identità del richiedente (la copia può essere fatta anche con foto)*

Il/La sottoscritto/a _____ nato /a il _____

A _____ e residente in Vignate, Via _____

di nazionalità _____ tel./cell _____

e-mail _____ Codice Fiscale _____

PIVA (in caso di lavoro autonomo) _____

**RICHIESTE L'EROGAZIONE DELLA MISURA DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE IN SEGUITO AD
EMERGENZA COVID-19 (in attuazione dell'OCDPC n. 658/2020)**

E A TAL FINE DICHIARA

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del DPR 445/2000),

che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone,

di non essere percettore di ammortizzatori sociali (Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale);

di non essere percettore di Reddito di Inclusione;

di non essere percettore di Reddito di Cittadinanza;

di essere percettore di Reddito di Cittadinanza o altre misure pari a € _____ mensili,

di trovarsi in difficoltà economiche causate dall'emergenza Coronavirus in quanto, essendo di professione:

_____ ha subito gravi conseguenze economiche sulla capacità di produrre il reddito e non ha attualmente la liquidità necessaria al sostentamento proprio e della propria famiglia per i seguenti motivi:

di sostenere una rata di mutuo per l'acquisto della prima casa di € _____ mensili oppure un canone di locazione mensile di € _____;

di disporre di liquidità finanziarie su conto corrente bancario/postale o altre forme di deposito (intestati al dichiarante o ad altri componenti del nucleo familiare) per un ammontare limitato ad adempiere ad altre obbligazioni già assunte o a far fronte ad altre spese di prima necessità per il nucleo familiare (utenze, farmaci, *eventuale* affitto, mutuo, ecc..), per un importo non superiore ad € 5.000,00 alla data del 31 marzo 2020.

che nel nucleo familiari sono presenti:

bambini fino a 3 anni, N° _____;

soggetti con disabilità maggiore del 66%, N° _____;

che nessuno degli altri componenti del nucleo familiare ha fatto richiesta presso il Comune del medesimo sostegno alimentare di cui alla presente domanda;

di essere in regola con il titolo di soggiorno (eventuale)

Il sottoscritto **DICHIARA** di essere consapevole ed accettare che i dati personali, verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 196/2003 – CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI – per le finalità della procedura in oggetto.

La presente dichiarazione viene inoltrata a norma dell'art.38 del D.P.R. 445/2000 senza autenticazione della sottoscrizione in quanto la dichiarazione viene presentata unitamente a fotocopia di un valido documento di identità

Data _____

Firma _____