

*Allegato "c"*

**All'Ufficio Servizi Sociali**  
**c/o Comune di Castiglione D'Adda**  
**Via mail : [castiglionedadda@cert.elaus2002.net](mailto:castiglionedadda@cert.elaus2002.net)**

**RICHIESTA AMMISSIONE URGENTE ALLE MISURE DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE**  
**ED AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R.N. 445/2000**

Io sottoscritto/a.....  
nato/a a .....il .....  
Codice fiscale.....Partita IVA.....  
residente nel Comune di Castiglione D'Adda (LO), in Via .....  
Tel/Cell .....  
Mail/pec (se presente).....

**Chiede**

di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare, definite da questa Amministrazione a seguito della Delibera di Giunta n. 99 del 22.10.2021;

E A TAL FINE consapevole ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/00, delle responsabilità e delle relative sanzioni civili e penali in caso di dichiarazioni false o mendaci, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28.12.2000.n. 445, nonché della decadenza dal contributo concesso ex art. 75 del richiamato D.P.R. 445/2000.

**dichiara**

- di essere cittadino italiano o extracomunitario in possesso di regolare permesso di soggiorno rilasciato da..... in data..... scadenza.....
- di far parte di un nucleo familiare particolarmente esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e di essere in stato di bisogno, in quanto:
- di essere già risultato beneficiario della medesima misura di cui alla presente istanza nei bandi precedenti:

**COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE:**

Nome e Cognome	Relazione Parentale	Adulti Inserire x	Minori Inserire x	Età	Professione
	DICHIARANTE				

- all'interno del nucleo familiare vi sono i seguenti soggetti disabili/invalidi/affetti da patologie croniche :

Nome e Cognome	Disabile Inserire x	Invalide Inserire x	Paziente cronico Inserire x

**SITUAZIONE LAVORATIVA/PROFESSIONALE DEGLI ADULTI DEL NUCLEO  
PRIMA DELL'EMERGENZA COVID-19**

Da compilare per ciascun soggetto del nucleo adulto lavoratore indicando anche l'importo medio mensile percepito:

	DICHIARANTE	2° ADULTO	3° ADULTO	4° ADULTO
Dipendente a tempo pieno	€	€	€	€
Dipendente part time	€	€	€	€
Lavoratore a chiamata	€	€	€	€
Disoccupato con indennità	€	€	€	€
Disoccupato senza indennità				
Commerciante/Artigiano/Libero professionista	€	€	€	€
Casalinga				

**SITUAZIONE LAVORATIVA DEGLI ADULTI DEL NUCLEO**  
**A SEGUITO DELL'EMERGENZA COVID-19**

Da compilare per ciascun soggetto del nucleo adulto lavoratore indicando anche l'importo medio mensile percepito

	DICHIARANTE	2° ADULTO	3° ADULTO	4° ADULTO
Mantenimento del posto di lavoro e del livello Retributivo				
Mantenimento del posto di lavoro con riduzione della retribuzione (es. cassa integrazione/congedo parentale, assenza di trasferte/ore di lavoro straordinario, ecc.)	€	€	€	€
Mantenimento del posto di lavoro con assenza di Retribuzione				
Perdita del lavoro (indicare da quale data)				
Permanenza stato di disoccupazione con indennità				
Permanenza stato di disoccupazione senza indennità				
Chiusura/Cessazione definitiva dell'attività commerciale/professionale/artigianale				
Casalinga				

**DICHIARA ALTRESI':**

Di avere i seguenti redditi (di altra natura) :

	Inserire importo mensile			
	DICHIARANTE	2° ADULTO	3° ADULTO	4° ADULTO
Pensione	€	€	€	€
Reddito di cittadinanza	€	€	€	€
Pensione di cittadinanza	€	€	€	€
Assegno mantenimento dell'ex coniuge per sé e per altro componente il nucleo	€	€	€	€
Contributo affitti nel periodo di emergenza	€	€	€	€
Altre indennità correlate all'emergenza sanitaria (specificare quali) .....	€	€	€	€
Assegno di mantenimento dell'ex coniuge per i figli	€	€	€	€
Altro _____				

**DICHIARA INOLTRE:**

Situazione finanziaria:

	Inserire importo mensile			
	DICHIARANTE	2° ADULTO	3° ADULTO	4° ADULTO
Essere titolare di finanziamento	€	€	€	€
Essere titolare di leasing	€	€	€	€
Essere gravato da locazione/mutuo	€	€	€	€
Altro _____				

**SITUAZIONE ABITATIVA:**

Il sottoscritto dichiara:

	Inserire x	Inserire valore affitto/mutuo mensile
Alloggio di proprietà		=====
Alloggio di proprietà con mutuo		€
Alloggio in affitto privato		€
Alloggio in affitto calmierato (Aler/Comune)		€
Alloggio in comodato d'uso gratuito		=====

che il nucleo familiare di cui fa parte non dispone di altre risorse economiche / fonti di reddito sufficienti al mantenimento della famiglia;

che nessun altro componente il nucleo familiare ha presentato istanza al fine di accedere alle misure di solidarietà alimentare analoghe a quelle ricomprese nella presente istanza;

DICHIARO DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE LA MANCATA INDICAZIONE DEL NUMERO DI TELEFONO, e/o INDIRIZZO MAIL, L'INESATTEZZA DEGLI STESSI O LA MANCATA RISPOSTA ALLE COMUNICAZIONI INOLTRATE DAL SERVIZIO SOCIALE COMUNALE RENDERA' IMPOSSIBILE PROCEDERE ALL'ACCOGLIMENTO DELLA RICHIESTA.

Con la firma in calce, io sottoscritto presto il consenso al trattamento dei dati personali (ai sensi art. 10 del Regolamento UE 679/16) contenuti nel presente modulo ai sensi e per gli effetti del predetto Regolamento. Autorizza altresì i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (es. anagrafe, servizi sociali ecc.) e nazionali (es. INPS, Guardia di Finanza ecc.) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.

.....

(luogo e data)

IL DICHIARANTE

.....

Allego:

Copia Carta d'Identità in corso di validità/regolare permesso di soggiorno, copia del codice fiscale, contratto di lavoro, ecc.

\_\_\_\_\_