Al Dirigente del settore Servizi Sociali

del Comune di Torre del Greco

**Oggetto: Domanda per l’ammissione al beneficio del sostegno alimentare di cui all’Ordinanza n. 658 del 29/03/2020 – EMERGENZA SANITARIA LEGATA AL DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19 – MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_

VISTO quanto disposto dall’Ordinanza n. 658 del 29/03/2020 in relazione alle misure urgenti di solidarietà alimentare;

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio delle misure previste.

A tal scopo, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n.445 consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**DICHIARA**

che il proprio nucleo familiare risulta composto da n. \_\_\_\_\_ come di seguito indicati :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N. | Nome | Cognome | Luogo di Nascita | Data di nascita | Codice fiscale | Parentela |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

* di essere residente nel Comune di Torre del Greco;
* che tutti i componenti del nucleo familiare sono in uno stato di inoccupazione;
* che tutti i componenti del nucleo familiare sono in uno stato di disoccupazione;
* di essere capo famiglia, in situazione di temporanea difficoltà a seguito dell’Emergenza COVID – 19 per i seguenti motivi:

[ ] chiusura / sospensione attività lavorativa :

( ) propria;

( ) dipendente;

ed in correlazione;

[ ] di non aver ancora ottenuto ammortizzatori sociali;

[ ] di non poter accedere a forme di ammortizzatori sociali.

di **essere in possesso** dei seguenti requisiti di priorità :

* Non essere percettore del reddito di cittadinanza;
* Non essere titolare di una pensione (sociale e/o contributiva);
* Non essere componente di un nucleo familiare in cui almeno uno dei membri possa essere, a qualsiasi titolo, titolare o avente diritto di una delle indennità, sussidi o altra forma di beneficio previsto dalle normativa in materia di emergenza covid-19 previste dal d. l. 2 marzo 2020 n. 9 (G.U. n. 53 del 2.3.2020) e d.l. 17 marzo 2020 n.18 (G. U. n. 70 del 17.03.2020);

di **non essere in possesso** dei seguenti requisiti di priorità in quanto :

* percettore del reddito di cittadinanza di €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili, derivante dal calcolo complessivo di tutti i componenti il nucleo familiare;
* titolare di una pensione sociale / contributiva di €. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili, derivante dal calcolo complessivo di tutti i componenti il nucleo familiare;
* componente di un nucleo familiare in cui almeno uno dei membri possa essere, a qualsiasi titolo, titolare o avente diritto di una delle indennità, sussidi o altra forma di beneficio previsto dalle normativa in materia di emergenza covid-19 previste dal d. l. 2 marzo 2020 n. 9 (G.U. n. 53 del 2.3.2020) e d.l. 17 marzo 2020 n.18 (G. U. n. 70 del 17.03.2020);

**DICHIARA ALTRESÌ**

**Di non disporre direttamente o per il tramite dei componenti il nucleo familiare di una provvista depositata su conti correnti e/o bancari pari o superiore a €. 3.000,00 ovvero di valori mobiliari (Buoni fruttiferi, azioni, ecc. ecc.) immediatamente smobilizzabili.**

Allega alla presente copia del documento di riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma leggibile

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nella dichiarazione resa ai soli fini della evasione della istanza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Firma leggibile