

**Al Comune di Renate
Ufficio Servizi Sociali**

Modulo A - Istanza per Misure urgenti di solidarietà alimentare

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

il _____ residente a Renate, in via/piazza _____ n. _____

C.F. _____ cellulare _____

E-mail _____

PEC _____

È obbligatorio indicare in maniera chiara e leggibile una e-mail e un contatto telefonico

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, consapevole che in caso di false dichiarazioni, di formazione o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, l'Amministrazione erogante provvederà alla revoca del beneficio eventualmente concesso sulla base della dichiarazione come previsto dall'art. 75 del suddetto D.P.R. 445/2000

CHIEDE

di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare come previsto dalla deliberazione di Giunta comunale n. del

A tal fine dichiara:

- DI ESSERE RESIDENTE NEL COMUNE DI RENATE
 DI ESSERE CITTADINO ITALIANO O IN POSSESSO DI TITOLO DI SOGGIORNO IN CORSO DI VALIDITA'

di far parte di un nucleo familiare rientrante in una o più delle sottoindicate situazioni:

- a) perdita del posto di lavoro;
 b) riduzione dell'orario di lavoro, che comporti una riduzione di reddito;
 c) mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici;
 d) cessazione di attività libero professionali;
 e) malattia grave o decesso di un componente del nucleo familiare;
 f) altro stato di necessità connesso all'emergenza sanitaria in corso da dichiarare

che il proprio nucleo familiare è composto da n. ____ persone, così come sottoindicato:

N	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela con il dichiarante
1	<i>Dichiarante:</i>		
2			
3			
4			
5			

MISURE URGENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE

6			
7			

Che al proprio nucleo familiare appartengono:

<input type="checkbox"/> Bambini di età inferiore ai 6 anni	<input type="checkbox"/> portatori di handicap
<input type="checkbox"/> persone ultra sessantacinquenni	<input type="checkbox"/> soggetti affetti da patologie croniche

- che il proprio ISEE 2023 in corso di validità è pari a

.....

- che nessuno del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico,

oppure,

- che il proprio nucleo familiare è assegnatario di sostegno pubblico (Rdc, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale) per un importo mensile di € _____;

Infine, dichiara:

- Che i dati forniti sono completi e veritieri;
- Di impegnarsi a comunicare tempestivamente dal suo verificarsi, qualsiasi variazione riguardante i dati indicati nel presente modulo (residenza, composizione del nucleo familiare, ecc.);
- Di essere a conoscenza che, ai sensi dell'art.75 D.P.R. 445/2000, qualora da un controllo delle dichiarazioni rese emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, decadrà dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera, fermo restando le ulteriori conseguenze previste dalla normativa vigente e la restituzione delle somme percepite indebitamente;
- Di essere informato, che i dati comunicati dai richiedenti saranno trattati ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE n. 2016/679 del 27 aprile 2016 e in applicazione dell'art 48 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445. I dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento del presente avviso pubblico: "BUONI SPESA – FONDO DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE 2023"
- Di accettare incondizionatamente le clausole previste dall'Avviso Pubblico "BUONI SPESA – FONDO DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE 2023"

Allega alla presente istanza:

- Copia del documento di identità, permesso di soggiorno del richiedente in corso di validità;
- Copia dell'attestazione ISEE 2023;

Renate, lì _____

Firma _____