



DOMANDA DI ACCESSO ALLE MISURE DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

Dichiarazione sostitutiva di certificazione
(artt. 46 e 47, d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Provincia _____), il ____/____/____
residente nel Comune di _____ CAP _____ (Provincia _____)
indirizzo _____, n. _____
codice fiscale
cittadinanza _____ **TELEFONO** _____
e-mail _____@_____
domiciliato nel Comune di _____ CAP _____ (Provincia _____)
indirizzo _____, n. _____
motivazione del domicilio _____

Identificato a mezzo del documento di riconoscimento in corso di validità _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46, d.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

1 – che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone di seguito elencate:

Nome e cognome	Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, genitore, suocero...)	Professione/ETA' (lavoratore, studente, disoccupato...)
1	DICHIARANTE
2
3
4
5
6
7
8
9

2 – che la giacenza media relativa ai conti correnti bancari e/o postali del nucleo familiare come sopra dichiarato relativa al **trimestre settembre-ottobre-novembre 2020** è inferiore a € 3.000,00 (più € 1.500,00 per ogni singolo componente del nucleo ad esclusione del richiedente);

3 - che il proprio nucleo familiare ha subito una **riduzione delle entrate economiche pari ad almeno il 30% nel trimestre settembre-ottobre-novembre 2020, rispetto alle entrate economiche del nucleo familiare ugualmente composto relative al trimestre settembre-ottobre-novembre 2019**, riduzione derivante dall'emergenza epidemiologica da virus COVID-19.

Specificare il tipo di attività e il motivo della riduzione:

4 – che i componenti del proprio nucleo **complessivamente** percepiscono mensilmente € _____ provenienti da sostegno pubblico. Specificare il tipo di entrata (cassa integrazione guadagni, pensione, contributi pubblici legati a progetti specifici come il R.I.A., Reddito di Cittadinanza, Reddito di Inclusione, Naspi, indennità di mobilità, altre forme di sostegno al reddito previste a livello locale o regionale):

5 – che il proprio nucleo familiare

NON è conosciuto e NON è a carico dei servizi sociali comunali

è conosciuto ed è a carico dei servizi sociali comunali

CHIEDE

come previsto dal decreto legislativo 23/11/2020, n. 154, art. 2, di essere destinatario delle risorse di solidarietà alimentare per i seguenti motivi:

ALLEGA

fotocopia di un documento di identità in corso di validità.

Il sottoscritto autorizza altresì il trattamento dei dati personali forniti ai sensi degli articoli 11 e 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, numero 196 e successive modifiche e integrazioni, per le finalità di cui al presente avviso pubblico. Tutti i dati di cui verrà in possesso l'Amministrazione comunale di Feltre saranno trattati nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003, numero 196, e al Regolamento UE 2016/679.

Lamon,

Firma del dichiarante