

**RICHIESTA EROGAZIONE MISURA URGENTE DI SOLIDARIETA' SOCIALE**

La/il sottoscritta/o .....  
 nata/o a ..... il .....  
 residente a ..... in via .....nr ..... Int. ....  
 tel..... mail.....  
 carta identità n. .... del.....

**Richiede** l'erogazione della misura urgente di solidarietà sociale ai sensi dell'ordinanza di Protezione civile n.658 del 29/03/2020.

A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

**D I C H I A R A**

-che la famiglia convivente alla data odierna risulta così composta:

| <i>nr.</i> | <i>cognome e nome</i> | <i>data di nascita</i> | <i>rapporto parentela</i> | <i>professione</i> |
|------------|-----------------------|------------------------|---------------------------|--------------------|
| 1          |                       |                        |                           |                    |
| 2          |                       |                        |                           |                    |
| 3          |                       |                        |                           |                    |
| 4          |                       |                        |                           |                    |
| 5          |                       |                        |                           |                    |
| 6          |                       |                        |                           |                    |

-che la situazione attuale del proprio nucleo familiare è la seguente:

**Situazione socio-economica del nucleo:**

(specificare redditi da attività dei vari componenti condizione dei minori presenti nel nucleo, eventuali componenti con disabilità o in condizione di non autosufficienza, altri elementi utili per comprendere la situazione)

**Situazione emergenziale per cui necessita della misura urgente di solidarietà alimentare:**

(es. interruzione attività lavorativa, assenza di reddito negli ultimi due mesi a causa dell'emergenza covid-19)

**D I C H I A R A**  
**(scegliere una sola casistica)**

☐ che nessun componente della famiglia come sopra identificata è beneficiario di sussidi o sostegni pubblici né in carico ai servizi sociali o ad enti che gestiscono sostegni socio-assistenziali;

**oppure**

☐ che i seguenti componenti della famiglia come sopra identificata percepiscono i seguenti sostegni/sussidi (*reddito di cittadinanza, reddito di inclusione, Naspi, Cassa integrazione, contributi erogati dai servizi sociali, indennità di mobilità, etc*)

| <i>nr.</i> | <i>cognome e nome</i> | <i>Tipologia Sostegno/sussidio</i> | <i>Importo mensile</i> |
|------------|-----------------------|------------------------------------|------------------------|
| 1          |                       |                                    |                        |
| 2          |                       |                                    |                        |
| 3          |                       |                                    |                        |
| 4          |                       |                                    |                        |
| 5          |                       |                                    |                        |
| 6          |                       |                                    |                        |
| 7          |                       |                                    |                        |

**La sottoscrizione della presente, oltre che per presa visione dell'informativa, costituisce espressione di libero, informato ed inequivocabile consenso al trattamento dei dati per le finalità descritte, ai sensi di quanto previsto dall'art. 7 Regolamento UE - GDPR 2016/679, relativo alla protezione del dato personale**

Balzola lì

La/Il dichiarante

\_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO AI SERVIZI COMUNALI**

Valutati:

☐ **Composizione stato di famiglia anagrafica;**

☐ **(altro).....**

l'istante:

☐ **Viene ammesso ai benefici:**

☐ **Viene escluso da ogni beneficio per i seguenti motivi:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Il Responsabile del Servizio**

**visto: IL SINDACO**