Al Comune di TAVIANO

Ufficio Servizi Sociali

**OGGETTO: MODULO RICHIESTA PER ACCEDERE AL SOSTEGNO ALIMENTARE DI CUI AL D.L. N. 73/2021**

**“SOSTEGNI BIS”**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Taviano, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel ­­­­n\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, di cui all’art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445;

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

* la composizione del proprio nucleo familiare alla data di presentazione della presente istanza, come di seguito:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOME COGNOME | LUOGO E DATA DI NASCITA | STATUS (coniuge, figlio, fratello, convivente, etc) |
| 1) |  |  |
| 2) |  |  |
| 3) |  |  |
| 4) |  |  |
| 5) |  |  |
| 6) |  |  |
| 7) |  |  |

* che il proprio nucleo familiare rientra tra quelli più esposti agli effetti economici derivanti dall’emergenza epidemiologica da Covid-19 e/o tra quelli in stato di bisogno per indisponibilità temporanea e/o prolungata di liquidità tale da non poter soddisfare le necessità più urgenti ed essenziali della famiglia.
* che nessun altro componente del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta per il presente sostegno o per il pagamento del canone di locazione e delle utenze domestiche;
* di essere beneficiario di Reddito di Cittadinanza/Pensione di Cittadinanza in quanto richiedente o appartenente ad un nucleo beneficiario:

□ SI

□ NO

* che nel proprio nucleo familiare è presente un componente con età inferiore a 65 anni a cui è stato riconosciuto lo stato di handicap ai sensi della L. 104/92:

□ SI

□ NO

* di essere unico genitore presente nel nucleo familiare con uno o più figli a carico, come risulta dallo stato di famiglia:

□ SI

□ NO

* di avere nel proprio nucleo familiare n. ­­­­\_\_\_\_\_\_\_ minori;

**DICHIARA, altresì,**

 di usufruire dei seguenti aiuti:

□ Reddito di Cittadinanza per l’importo mensile di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ Reddito di Emergenza per l’importo mensile di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ Cassa Integrazione per l’importo mensile di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ Naspi (Disoccupazione) per l’importo mensile di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

□ Altro sostegno pubblico per l’importo mensile di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**C H I E D E**

Come previsto dal Decreto Legge 25 maggio 2021 n° 73, di essere destinatario/a delle risorse di sostegno alle famiglie che versano in stato di bisogno per il ***“SOSTEGNO ALIMENTARE”***

**Dichiara** di essere a conoscenza che i propri dati personali che l’ente acquisirà, sia in forma cartacea che informatica, saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali, nel rispetto dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e di tutela della riservatezza, secondo le prescrizioni contenute nel Regolamento Generale per la protezione dei dati personali, nonché delle disposizioni legislative italiane e delle indicazioni fornite dall’Autorità Garante della protezione dei dati personali:

Presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità di cui alla presente istanza.

**Allega i seguenti documenti:**

- fotocopia documento di identità personale in corso di validità e codice fiscale;

- se cittadino extra Unione Europea fotocopia del permesso di soggiorno;

- fotocopia Verbale stato di handicap ai sensi della L. 104/92;

- ISEE in corso di validità;

**Taviano, lì** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

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