

Oggetto: Richiesta di accesso ai benefici del fondo di solidarietà familiare.

Il/La sottoscritto/a

Nato/a_a_ il

Residente ad AMALFI (SA) in via_

Telefono/Cell.

VISTO quanto disposto dalla OCDPC n. 658 del 29/03/2020 istitutivo di un “Fondo per la solidarietà alimentare”;

CHIEDE di essere ammesso/a al beneficio della concessione di cui all’oggetto ed a tal scopo, **ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, consapevole in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti** e che il Comune si riserva la facoltà di disporre gli opportuni controlli in ordine alle dichiarazioni rese dagli interessati.

DICHIARA:

- Di trovarsi in stato di bisogno a seguito dell’emergenza sanitaria COVID-19;
- Che, oltre il sottoscritto, il proprio nucleo familiare è così composto:

N.	NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARENTELA
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- che il reddito annuo complessivo dell'intero nucleo familiare per l'anno 2018 ammonta ad euro ;

Dichiara che il proprio nucleo familiare (*barrare casella in caso affermativo*):

sostiene un canone di locazione per l'abitazione nella quale risiede

Dichiara che, nel proprio nucleo familiare, sono presenti (*barrare casella in caso affermativo*):

Percettori di sostegni economici pubblici (es. Pensioni, reddito di cittadinanza, indennità di disoccupazione, eventuali contributi economici ...)

Soggetti in condizione di disoccupazione in conseguenza dell'emergenza epidemiologica

Detentori di titoli bancari e depositi economici

Detentori di redditi da fabbricati

Diversamente abili

Soggetti affetti da patologie croniche

Dichiaro inoltre quanto segue: (*compilazione non obbligatoria*):

Il/La sottoscritto/a dà atto e dichiara di accettare che la presentazione della presente istanza non dà diritto all'accesso al beneficio richiesto. I dati richiesti, che non rappresentano in alcun modo motivi di esclusione, sono necessari ai fini di dar seguito a idonea istruttoria da parte dei competenti uffici, finalizzata all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare.

Con la firma apposta sulla presente istanza, autorizza il Comune al trattamento dei propri dati personali, esclusivamente ai fini dell'istruttoria del procedimento ad essa connesso, nei limiti di quanto previsto all'art. 13 del D.lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dall'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Amalfi, / / 2020

In Fede
