

**Al Comune di Sanguinetto – Ufficio Servizi Sociali**  
**Oggetto: DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE -Ord. Prot. civile 658/2020**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_  
 nat\_ a..... il .....  
 residente a..... Via.....  
 tel./cell. .... e-mail .....  
 IBAN.....

ISEE € .....anno 2020

**CHIEDE di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare**, definite da questa Amministrazione Comunale a seguito dell’Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020 e dell’art 2 del D.L. 23/11/2020 n.154 ed a tale scopo,  
 ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall’art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia,

**DICHIARA**

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

Nome e cognome	Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero...)	Stato occupazionale (studente, disoccupato, dipendente, lavoratore autonomo)	Tipologia di contratto e durata e stipendio mensile:(tempo determinato/tempo indeterminato)
1 _____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
2 _____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
3 _____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
4 _____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
5 _____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
6 _____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
7 _____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
8 _____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____
9 _____ _____	_____ _____	_____ _____	_____ _____

**(cancellare la voce che non interessa)**

2 - che il proprio nucleo familiare è proprietario della casa in cui abita e sostiene una rata mensile del mutuo pari a euro \_\_\_\_\_ e **non ha/ ha** sospeso il pagamento del mutuo.

3 - che il proprio nucleo familiare ha un contratto di affitto corrispondente a € \_\_\_\_\_ mensili.

4- che il proprio nucleo familiare ha sostenuto, **nel mese precedente a questo**, le seguenti utenze domestiche:

GAS: \_\_\_\_\_ euro.

ELETTRICITA': \_\_\_\_\_ euro.

ACQUA: \_\_\_\_\_ euro.

5 - **di avere/ non avere** altre proprietà immobiliari (se sì specificare quali):

6 – che il nucleo familiare percepisce mensilmente i seguenti redditi, **(indicare beneficiario e importo)**:

- DA LAVORO: \_\_\_\_\_
- DA PENSIONE: \_\_\_\_\_
- DA AMMORTIZZATORI SOCIALI(cassa integrazione, naspi,ecc..) \_\_\_\_\_

• DA SOSTEGNI AL REDDITO (reddito/pensione di cittadinanza,ecc..) \_\_\_\_\_

• DA INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO, ASSEGNO SOCIALE ecc...: \_\_\_\_\_

• DA ASSEGNO DI MANTENIMENTO DEL CONIUGE E/O PER I FIGLI: \_\_\_\_\_

• ALTRO: \_\_\_\_\_

7 – di non disporre, **come nucleo familiare**, di una giacenza bancaria/ postale, al termine del mese precedente, superiore a € 5.000,00.

8 – di non disporre, **come nucleo familiare**, di un patrimonio netto mobiliare costituito da titoli di Stato, azioni, obbligazioni, fondi di investimento, al termine del mese precedente, superiore a € 5.000,00.

\*\*\*\*\*

Tanto sopra premesso, **I sottoscritto/a chiede**, come previsto dall'ordinanza n. 658 del 29.03.2020 e dell'art 2 del D.L. 23/11/2020 n.154, di essere destinatari delle risorse di solidarietà alimentari per i seguenti motivi (es. **indicare da quando il reddito familiare si è ridotto, l'ultimo stipendio percepito dai componenti il nucleo ed il relativo ammontare ed ogni altra causa idonea a giustificare la richiesta**):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Allega:**

- fotocopia carta identità/permesso di soggiorno in corso di validità
- ultime busta paga di ogni componente il nucleo familiare.
- saldo finale del mese precedente di tutti i conti bancari/postali presenti nel nucleo familiare.

**AUTORIZZA** i Servizi Sociali Comunali ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (anagrafe, servizi sociali ecc.) e nazionali/Regionali (es. INPS, Guardia di Finanza, Ufficio dell'Impiego ecc.) e **DICHIARA** di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dei benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rilevata, successivamente, mendace. Con la presente **AUTORIZZA** il trattamento dei dati personali a mente della normativa nazionale e comunitaria in materia di privacy.

Firma

Sanguinetto, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**RISERVATO AI SERVIZI SOCIALI**

**APPUNTI ASSISTENTE SOCIALE:**

**Il richiedente :**

- Viene **AMMESSO** al beneficio
- Viene **ESCLUSO** dal beneficio per i seguenti motivi \_\_\_\_\_

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

Lì \_\_\_\_\_

**Il Responsabile del servizio**