

OGGETTO: Domanda di ammissione alle misure urgenti di solidarietà alimentare.

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente in questo Comune in via _____ n. _____
Tel./cellulare _____ e-mail _____

chiede

di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare, definite dal Comune di Gargnano a seguito dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 658 del 30/03/2020;

dichiara

di far parte di un nucleo familiare particolarmente esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 o di essere in stato di bisogno, in quanto:
(illustrare sinteticamente la situazione di disagio economico)

che nessun componente del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico (Reddito di Cittadinanza, Reddito di Inclusione, Indennità di disoccupazione - Naspi, Indennità di mobilità, Cassa Integrazione Guadagni o altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)

oppure

che nell'ambito del nucleo familiare i seguenti componenti fruiscono delle sotto elencate forme di sostegno pubblico:

Allega fotocopia carta d'identità o di altro documento di identità ed autorizza i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (es. *anagrafe, servizi sociali ecc.*) che nazionali (es. *INPS, Guardia di Finanza ecc.*) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e per le dichiarazioni mendaci, nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.

Autorizza il trattamento dei dati personali a mente della normativa nazionale e comunitaria in materia di privacy.

Data _____

(firma per esteso e leggibile)

SPAZIO RISERVATO AI SERVIZI SOCIALI

Acquisiti i seguenti documenti:

- Visura relativa allo stato di famiglia anagrafico;
- Documenti relativi ad altri contributi comunali, regionali e nazionali
-

l'istante:

- Viene ammesso ai seguenti benefici:
- Viene escluso da ogni beneficio per i seguenti motivi:

Data _____

Il Responsabile del servizio
(Giovanni Albini)