



COMUNE DI
CASCIANA TERME LARI
PROVINCIA DI PISA

**DOMANDA DI ATTIVAZIONE BENEFICIO A VALERE SUL FONDO DI
SOLIDARIETA' ALIMENTARE**

**DI CUI ALL' OCDPC N. 658 DEL 29.03.2020 E ALL' ART. 2 DEL DECRETO LEGGE 23
NOVEMBRE 2020 N. 154**

Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso
all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____

SESSO F M

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

TELEFONO _____ EMAIL _____

RIPETERE EMAIL _____

RESIDENTE IN CASCIANA TERME LARI

VIA _____

CHIEDE L'ATTIVAZIONE DEL BENEFICIO IN OGGETTO

A TAL FINE DICHIARA ANCHE AI SENSI DELL'ART. 76 DEL DPR DEL 28.12.2000, N. 445. QUANTO SEGUE:

Pag. 1

COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE ED ENTRATA ATTUALIZZATA

NOME - COGNOME – PARENTELA CON IL RICHIEDENTE - ETA' - SESSO F o M

COGNOME e NOME	PARENTELA CON IL RICHIEDENTE	ETA' (indicare per i figli anche se sono a carico)	SESSO F-M	ENTRATA ATTUALIZZATA DEL MESE DI FEBBRAIO 2020 Derivante da:	ENTRATA ATTUALIZZATA DEL MESE PRECEDENTE ALLA DATA DELLA DOMANDA Derivante da:
RICHIEDENTE	////////////////////			Lavoro: datore di lavoro _____ tipo di contratto _____ € _____ Pensione: € _____ Indennità di Disoccupazione _____ Cassa Integrazione _____ Altro _____	Lavoro: datore di lavoro _____ tipo di contratto _____ € _____ Pensione: € _____ Indennità di Disoccupazione _____ Cassa Integrazione _____ Altro _____
				Lavoro: datore di lavoro _____ tipo di contratto _____ € _____ Pensione: € _____ Indennità di Disoccupazione _____ Cassa Integrazione _____ Altro _____	Lavoro: datore di lavoro _____ tipo di contratto _____ € _____ Pensione: € _____ Indennità di Disoccupazione _____ Cassa Integrazione _____ Altro _____
				Lavoro: datore di lavoro _____ tipo di contratto _____ € _____ Pensione: € _____ Indennità di Disoccupazione _____ Cassa Integrazione _____ Altro _____	Lavoro: datore di lavoro _____ tipo di contratto _____ € _____ Pensione: € _____ Indennità di Disoccupazione _____ Cassa Integrazione _____ Altro _____
				Lavoro: datore di lavoro _____ tipo di contratto _____ € _____ Pensione: € _____ Indennità di Disoccupazione _____ Cassa Integrazione _____ Altro _____	Lavoro: datore di lavoro _____ tipo di contratto _____ € _____ Pensione: € _____ Indennità di Disoccupazione _____ Cassa Integrazione _____ Altro _____

PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA DICHIARA

- la propria condizione di disagio conseguente alla attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi: (indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione e dell'entità del contributo, ad esempio affitto, pagamento utenze o altre criticità)

Descrivere Dettagliatamente:

FIRMA DEL DICHIARANTE

DATA

IL RICHIEDENTE

- DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI CUI AL REG. UE.N.679/2016 DI CUI ALL'AVVISO PUBBLICATO IN DATA 07.12.2020 ED ESPRIME IL SUO CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI RELATIVI DATI PER LE SUDETTE FINALITA' ANCHE SI SENSI DEL DLGS 196/2003;
- DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DELL'AVVISO PUBBLICO RELATIVO AL BENEFICIO IN OGGETTO DEL 7 DICEMBRE 2020;
- DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE DALL'ART. 76 DEL TESTO UNICO ADOTTATO CON D.P.R. 28.12.2000, N. 445, PER LE IPOTESI DI FALSITÀ IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI.

_____, lì _____

FIRMA DEL DICHIARANTE
