



COMUNE DI
CASCIANA TERME LARI
PROVINCIA DI PISA

AVVISO FEBBRAIO 2021

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 01.01.2021 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 01 FEBBRAIO 2021;
- 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
