



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

ORDINANZA CAPO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29.03.2020

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 _____ MAIL _____

CITTADINO ITALIANO

CITTADINO EXTRA UE IN POSSESSO DI PERMESSO DI SOGGIORNO IN CORSO DI VALIDITA'

RESIDENTE IN VIA _____

CHIEDE L'ATTIVAZIONE DEL BENEFICIO IN OGGETTO.

A TAL FINE DICHIARA QUANTO SEGUE:

COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

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

| NOME | COGNOME | PARENTELA CON IL RICHIDENTE | ETA' | SESSO F -M |
|------|---------|-----------------------------|------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VARIABILI D'INDAGINE

SITUAZIONE ECONOMICA

- **Eventuale presenza di soggetti che percepiscono Pensione:**
 - Sì** in tal caso indicare l'importo mensile € _____
 - No**
- **Eventuali depositi bancari/postali del nucleo familiare di importo complessivo pari a € _____**

SITUAZIONE LAVORATIVA RIFERITA A TUTTI I COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE

In caso di presenza di componenti che svolgono attività lavorativa indicare nome ed importo mensile percepito sia pre emergenza Covid-19 sia in emergenza Covid-19.

Per gli imprenditori indicare l'importo medio mensile degli utili da impresa utilizzato per le spese familiari.

PRE EMERGENZA COVID-19

- Attività lavorativa continuativa**

| NOME | IMPORTO MENSILE O MEDIO MENSILE |
|------|---------------------------------|
| | |
| | |

- Attività lavorativa saltuaria**

| NOME | IMPORTO MENSILE O MEDIO MENSILE |
|------|---------------------------------|
| | |
| | |

- Disoccupato**

| NOME | |
|------|--|
| | |
| | |

NELL'ATTUALE SITUAZIONE DI EMERGENZA COVID-19

Attività lavorativa

| NOME | IMPORTO MENSILE O MEDIO MENSILE |
|------|---------------------------------|
| | |
| | |

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)**
Descrivere: _____
- di essere in possesso per l'anno 2019 o 2020 di un'attestazione ISEE pari e € _____**

STATO DI SALUTE:

Eventuale presenza di soggetti Invalidi civili nel nucleo familiare:

Sì Indicare il Nome, Punteggio I. C. e Importo Pensione:

No

Eventuale presenza di soggetti con patologie:

Sì (specificare)

No

SITUAZIONE ABITATIVA:

in affitto da privato: Importo affitto € _____

CASA di proprietà

Mutuo attivo: Importo rata € _____

Ospitato gratuitamente

Alloggio di fortuna senza fissa dimora

Altro specificare _____

Alloggio ERP

Indicare Eventuali Situazioni Debitorie: affitto, utenze ecc.. o altre criticità

PRESENZA DI RETI FAMILIARI E/O SOCIALI DI AIUTO ECONOMICO:

Sì Reti parentali Quantificato in media mensilmente in € _____

Reti amicali Quantificato in media mensilmente in € _____

No

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 E 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 PUBBLICORELATIVO AL BENEFICIO IN OGGETTO;
- 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.

_____ ,li_____

FIRMA DEL DICHIARANTE
