**Assistenza alle famiglie in situazione di contingente indigenza economica derivante dalla emergenza epidemiologica Covid-19 – Fondi residuali**

**Misure urgenti di solidarietà alimentare.**

**Domanda di concessione del sostegno economico per l’acquisto di generi alimentari e prodotti di prima necessità e farmaci.**

Il/La Sottoscritto/a [Nome e Cognome] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[\_] Residente / [\_] Domiciliato in Pico, Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vista la determinazione del settore Amministrativo/Finanziario n. 114 del 30.11.2021**

**C H I E D E**

la concessione del sostegno economico per l’acquisto di generi alimentari e prodotti di prima necessità di cui ai fondi residuali del Fondo Regionale e del Fondo Solidarietà Alimentare

**A tal fine, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,**

**D I C H I A R A**

1. Di aver preso completa visione dell’Avviso pubblico afferente la procedura in oggetto, di aver compreso integralmente i contenuti e di accettare incondizionatamente tutte le condizioni previste sia nello stesso che nei relativi provvedimenti attuativi;
2. che il proprio nucleo familiare è composta da numero …… persone, di cui minori n. …….... e disabili n. …….. ;
3. [ ] di essere in carico ai servizi sociali comunali e/o distrettuali

*ovvero* *qualora si tratti di nuclei familiari non in carico ai servizi sociali*:

[ ] di trovarsi in una situazione di bisogno a causa dell’emergenza derivante dalla epidemia da Covid-19;

1. [\_] che i componenti del proprio nucleo familiare non hanno avuto redditi per il periodo da marzo 2020 al 31.10.2021 e risultano disoccupati alla data del 31.10.2021;
2. [\_] Di aver già usufruito dei buoni alimentari / farmaci erogati con Delibere di Giunta Comunale n. 87 dell’11.12.2020 e n. 05 del 14.01.2021 (Fondi Regionali);
3. [\_] Di aver già usufruito dei buoni alimentari / farmaci erogati con Delibere di Giunta Comunale n. 90 del 18.12.2020 e n. 04 del 12.01.2021 (Fondo Solidarietà Alimentare”;
4. *in caso di percettori di reddito di qualsiasi tipo:*

[\_] i componenti del proprio nucleo familiare dichiarano di percepire redditi e/o sostegno al reddito (*elencare i redditi percepiti e l’ammontare annuo*):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia di reddito o sostegno al reddito** | **Ammontare periodo dal 31.3.2020 al 31.10.2021** | **Canone di Affitto / Mutuo Periodo dal 31.3.2020 31.10.2021** | **Numero**  **Componenti nucleo familiare** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. [ ] Ovvero di avere un ISEE inferiore ad € 8.000,00

Dichiara, inoltre, di essere consapevole che **sono causa di inammissibilità della domanda**:

1. la mancata indicazione dei dati previsti dalla tabella al punto 4, in caso di presenza nel nucleo familiare di percettori di reddito di qualsiasi natura;
2. la mancata allegazione del documento di riconoscimento ovvero, per i cittadini stranieri non appartenenti all’Unione Europea, del permesso di soggiorno in corso di validità;
3. la mancanza del documento ISEE ( in caso di richiesta con valore ISEE).

*Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre ai sensi delle vigenti disposizioni in materia di privacy, di essere informato/a che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, unicamente per le finalità per le quali sono state acquisite.*

Pico, lì ……………………………….

Il richiedente/dichiarante

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

*Firma per esteso e leggibile*

**DA TRASMETTERE AL COMUNE ENTRO LE ORE 12.00 DEL 15.12.2021**