Al Comune di Valprato Soana

OGGETTO: Richiesta beneficio solidarietà covid-19.

Il/la sottoscritto/a_____nato/a il_____/_____/_____

A_____(Prov.____) e residente nel Comune di Valprato Soana

in Via/Piazza/Località_____n. _____

tel._____e_mail _____

C.F._____/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/

CHIEDE

di poter fruire del beneficio di solidarietà previsto dall'Ordinanza n° 658 del 29.03.2020 della Presidenza del Consiglio e successivo D.L. 154/2020 (c.d. "Ristori-ter"), D.L 73/2021 e Decreto del 24 giugno 2021 del Ministero dell'interno di concerto con il Ministro dell'economia di riparto del fondo.

A tal fine **dichiara**:

- di aver preso visione delle disposizioni contenute nell'Avviso Pubblico per l'adozione di misure urgenti di solidarietà alimentare pubblicato dal Comune di Valprato Soana;
- di essere consapevole di quanto previsto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, e dal successivo all'art. 75 in materia di decadenza dai benefici e dall'art. 76 che stabilisce che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti

DICHIARA

- che il proprio nucleo familiare, così come registrato all'ufficio anagrafe, è composto da:

COGNOME E NOME	NATO A	IL	RAPPORTO DI PARENTELA

☐ che nel nucleo è presente n° _____ disabile;

- che in relazione alla situazione, determinatasi per effetto delle conseguenze dell'emergenza COVID-19 risulta:

☐ DISOCCUPATO CAUSACOVID-19 E SENZA ALTRE FORME DI SOSTEGNO PUBBLICO
☐ DISOCCUPATO SEGUITO DAI SERVIZI SOCIALI MA SENZA SOSTEGNO PUBBLICO ECONOMICO
☐ DISOCCUPATO NON CAUSA COVID-19 SENZA ALTRE FORME DI SOSTEGNO PUBBLICO
☐ TITOLARE DI P.IVA CON INTERRUZIONE ATTIVITÀ CAUSA COVID-19
☐ ALTRI CASI RICONDUCIBILI ART 2 COMMA 6 ORDINANZA N. 658 DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
☐ DISOCCUPATI NON CAUSA COVID-19 PERCETTORI DI ALTRE FORME DI SOSTEGNO PUBBLICO

☐ ha interrotto la propria attività di _____, con sede in _____ via _____ partita iva/codice fiscale _____ a far data dal_____

☐ ha interrotto l'attività professionale/lavorativa di _____ **presso l'Impresa** _____ con sede in _____ via _____ partita iva/codice fiscale _____ a far data dal _____

☐ ha sospeso i lavori svolti saltuariamente in qualità di _____ a far data dal _____

DICHIARA inoltre

☐ che non usufruisce di altri contributi e/o sostegni pubblici;
☐ che non usufruisce di cassa integrazione;
☐ che nel nucleo nessun componente usufruisce di altri contributi e/o sostegni pubblici;
☐ che nel nucleo uno/più componenti usufruiscono di altri contributi e/o sostegni pubblici:_____
☐ che usufruisce del sostegno pubblico pari a € _____ mensili
  ☐ Reddito di cittadinanza
  ☐ REIS
  ☐ Rendita INAIL
  ☐ Altro_____
☐ che nel nucleo non vi sono fonti di reddito;
☐ di essere a conoscenza del fatto che i dati raccolti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati per le finalità di cui alla presente istanza e che essi potranno essere comunicati, per la medesima finalità, agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento o a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa. Dichiara altresì di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali ai fini della procedura in oggetto e per le finalità ad essa connesse.

(Barrare le voci che interessano)

A tal fine allega:

☐ Copia di documento d'identità in corso di validità;
☐ Altro_____.

Luogo _____ Data _____

Firma_