

Allegato 2

Al Comune di Fagnano Castello

Via G. Garibaldi, 106

affari.generali@comune.fagnanocastello.cs.it

**OGGETTO: ISTANZA PER ACCEDERE AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE** Decreto legge n. 154 del 23 novembre 2020

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Cod. Fisc.: \_\_\_\_\_ Telefono fisso/mobile  
\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ (facoltativa)  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

La concessione degli interventi di solidarietà alimentare di cui al decreto in oggetto per far fronte a situazioni di prima necessità per sé e per il proprio nucleo familiare.

A tal fine, **ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000** sotto la propria personale responsabilità ed in piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

**DICHIARA**

**A)** di trovarsi in condizione di bisogno in connessione con l'emergenza epidemiologica in atto per la seguente motivazione:

- Di essere in stato di disoccupazione già in epoca antecedente all'emergenza sanitaria;
- Di avere perso il lavoro in connessione con lo stato emergenziale in atto;
- Di trovarsi in condizioni di sospensione dell'attività lavorativa per le prescrizioni governative di stop delle attività produttive;

Specificare(obbligatorio):

---

---

---

B) che il proprio nucleo familiare è composto da n. ....persone (**N.B. indicare anche generalità e professione del dichiarante al numero n.1**) di seguito elencate:

	Nome e Cognome	Rapporto di parentela o affinità (coniuge, figlio, suocero)	Professione (lavoratore dipendente pubblico/privato specificando l'Ente di appartenenza o indicare studente/disoccupato)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

C) che i seguenti componenti del proprio nucleo familiare hanno situazione di disabilità certificata ai sensi dell'art. 3 comma 1 o comma 3 della L.104/92:

	Nome e Cognome	Rapporto di parentela o affinità (coniuge, figlio, suocero)	Disabilità (Art.3 comma 1 o art.3 comma 3) specificare
1			
2			
3			

D) che il reddito del nucleo familiare ammonta per l'ultimo trimestre per come di seguito indicato:

MESE	EURO	Da lavoro	Da pensione
SETTEMBRE 2020			
OTTOBRE 2020			
NOVEMBRE 2020			

E) di godere, il dichiarante o altro componente del nucleo, delle seguenti misure pubbliche a sostegno del reddito (es. cassa integrazione. indennità di disoccupazione, reddito di cittadinanza, pensioni, reddito di emergenza, una tantum ristori, ecc.).

Se del caso indicare quali sono i beneficiari ed il tipo di sostegno nonché l'importo, utilizzando il seguente schema:

Forma di sostegno	Mese/i di erogazione	Importo totale	Beneficiario
REM			
RDC			
NASPI			
DIS-COLL			
CASSA INTEGRAZ.			
BONUS INPS			
BUONI SPESA ALIMENTARE			
SOSTEGNO UNA TANTUM (per gli ex percettori della mobilità in deroga)			
altro (specificare) _____			

#### OVVERO

- Di non godere di nessuna misura pubblica di sostegno del reddito sopra specificato o di altra natura;

Ai sensi del D. Lgs. 101/2018 e del Regolamento UE n° 679/2016, si informa che i dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati e utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali ad esso collegate.

Si allega alla presente istanza:

- documento di identità in corso di validità (obbligatorio)
- modello ISEE in corso di validità (obbligatorio)
- verbale legge 104/92 (eventuale)

Le istanze non debitamente compilate e prive dei documenti obbligatori richiesti non saranno valutate.

Data

Firma

\_\_\_\_\_