

Allegato A)



SETTORE WELFARE

Richiesta sostegno Emergenza COVID-19

dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Al Comune di Cosenza

Mail: _____

Il/la sottoscritt_/_/_____ C.F. _____

Nato/a a _____ (____) il ___/___/____,

residente a _____ (prov. ____) in via/piazza _____ n° _____

Recapito telefonico _____ con la presente

RICHIEDE

di usufruire del buono spesa una tantum previsto dall'ordinanza del Dipartimento della Protezione Civile n 658 del 29.03.2020 per far fronte alle esigenze alimentari del proprio nucleo familiare composto dalle seguenti persone:

(indicare nome e cognome e data di nascita e grado di parentela)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

A tale scopo, 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,

DICHIARA

- Che nessun componente del nucleo familiare usufruisce il reddito assistenziale (Reddito di Inclusione/REI o di Reddito/Pensione di Cittadinanza o altra forma di sostegno pubblico);

- Che nessuno dei componenti il nucleo familiare ha presentato istanza per ottenere il medesimo beneficio;
- Che il proprio nucleo familiare non ha percepito nella mensilità di marzo 2020 una somma superiore a 250 euro moltiplicata per il numero dei componenti del nucleo stesso, quale reddito da lavoro dipendente o autonomo;
- Che il nucleo familiare non gode di patrimonio finanziario disponibile (conto corrente/bancario/postale) superiore ad euro 7.000;

Ovvero, quale capo famiglia, indica le ulteriori motivazioni che ritiene possano rientrare nel campo di applicazione dell'ordinanza della Protezione Civile a seguito dell'emergenza Covid-19 per i seguenti motivi:

- Che il nucleo familiare è già in carico ai Servizi Sociali per situazioni di criticità, fragilità, multiproblematicità;
- Che è un nucleo monogenitoriale privo di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori;
- Che nel proprio nucleo familiare sono presenti le seguenti persone con grado di invalidità:

(indicare nome e cognome e grado di invalidità)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

- Di essere lavoratore autonomo con fermo attività;

- _____
- _____

(Barrare la casella di interesse)

Allega, a pena di irricevibilità dell'istanza, un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.

Luogo, _____

Firma del dichiarante

(per esteso e leggibile)

Dichiarazioni mendaci saranno oggetto di deferimento all'Autorità Giudiziaria.

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.