

**Al Sindaco
Al Responsabile dei Servizi Sociali
del Comune di San Giovanni Valdarno**

**Autodichiarazione per la richiesta di contributo alimentare
ai sensi del l' OCDPC 29 marzo 2020 n. 658**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione a/o sostitutiva dell'atto
di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/00, e ss.mm.ii.

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____ a
_____ prov. _____ il _____ C.F. _____
_____ residente o domiciliato (*) nel Comune di San Giovanni Valdarno (_AR_) in
Via/Piazza _____ n. _____ recapito telefonico _____
_____ indirizzo e-mail _____

Facente parte del nucleo familiare composto da:

Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale _____
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale _____
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale _____
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale _____
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale _____
Cognome _____	Nome _____	Codice Fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/00, e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità

CHIEDE

- di essere ammesso per se stesso e per il proprio nucleo familiare all'assegnazione delle misure previste, ai sensi dell'ordinanza della protezione civile n. 658/2020 mediante:

- **Buono spesa per acquisto generi alimentari o prodotti di prima necessità**

A TAL FINE DICHIARA

che il proprio nucleo familiare non è in grado di soddisfare le necessità più essenziali e urgenti in quanto nessun suo componente risulta percettore di reddito da lavoro a causa delle seguenti modifiche della condizione occupazionale intervenute successivamente alla dichiarazione dello stato di emergenza CoViD-19 (ossia dal 31 gennaio 2020) per ragioni connesse alla stessa:

- nel caso di lavoratore dipendente a tempo indeterminato:
 - risoluzione del rapporto di lavoro
 - sospensione dell'attività lavorativa, in assenza/attesa di attivazione di ammortizzatore sociale

(descrivere l'evento occorso, con l'indicazione del componente del nucleo familiare coinvolto, del soggetto datoriale e della data dell'accadimento) _____

- nel caso di lavoratore dipendente a tempo determinato ovvero impiegato con tipologie contrattuali flessibili:

conclusione del rapporto di lavoro

(descrivere l'evento occorso, con l'indicazione del componente del nucleo familiare coinvolto, del soggetto datoriale e della data dell'accadimento) _____

- nel caso di lavoratore autonomo:

cessazione o sospensione della propria attività, in quanto non rientrante tra quelle inserite nell'elenco di cui all'allegato al decreto del Ministro dello Sviluppo Economico 25 marzo 2020;

(descrivere l'attività cessata o sospesa con l'indicazione del codice ATECO di riferimento, del/i componente/i del nucleo familiare interessati della data dell'accadimento)

- nel caso di lavoratore intermittente o a chiamata:

consistente riduzione della propria attività

(descrivere l'attività svolta e le ragioni della riduzione intervenuta)

- Altro (es. assenza di reddito ed di non essere percettore di alcun sostegno economico pubblico)

DICHIARA ALTRESI'

- che il nucleo familiare NON è titolare di uno o più depositi e conti correnti bancari e postali per i quali la sommatoria dei valori del saldo contabile attivo, al lordo degli interessi, al 31 marzo 2020, è superiore a una soglia di € 6.000,00, accresciuta di € 2.000,00 per ogni componente il nucleo familiare successivo al primo, fino a un massimo di €. 12.000,00.

SI IMPEGNA

a comunicare entro 30 (trenta) giorni le eventuali variazioni inerenti alla situazione economica che rendano possibile la soddisfazione delle necessità più essenziali e urgenti, autorizzando codesto Ente a effettuare le verifiche circa la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese sopra in conformità al DPR n. 445/00 nella consapevolezza che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del medesimo DPR, oltre a comportare la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti.

DOMANDA PRESENTATA NELL'INTERESSE O IN NOME E PER CONTO DI ALTRI

La presente domanda è presentata in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale.

Se ricorre il suddetto caso, ogni riferimento al "richiedente" del presente modello, è da intendersi come riferito al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è presentata la domanda.

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. ____ Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. ____ CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

Documento di riconoscimento _____ Numero _____

Rilasciato da _____ Data (gg/mm/aaaa) _____

Recapito telefonico _____ E-mail _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e civili per falsità in atti e dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art 76 del DPR n. 445 del 20.12.2000, dichiara che quanto dichiarato è vero ed accertabile ai sensi dell'art 43 del DPR suindicato ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti; che è a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti nella dichiarazione resa ai soli fini della evasione della istanza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

_____ li _____

firma

(o in sostituzione Esercente Responsabilità Genitoriale/Tutore/Amministratore di Sostegno)

** Ai sensi dell'art. 3 comma 11 della Legge n. 127/97 quale modificato dall'art. 2 comma 10 della Legge 16 giugno 1998 n. 191, la sottoscrizione della presente Istanza non è soggetta ad autenticazione qualora sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un **Documento di identità valido del sottoscrittore**. In caso di cittadino extracomunitario andrà esibito il Permesso di soggiorno.

IL DIPENDENTE ADDETTO

Firma del dichiarante _____

ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' E INVIARE:

- Tramite email a : emergenzacovid19@comunesgv.it
- Tramite consegna cartacea presso gli Uffici del Comune in orario di apertura o consegna
- Per informazioni rivolgersi ai seguenti numeri 0559126314 – 0559126320 email: emergenzacovid19@comunesgv.it

DOMANDA PRESENTATA NELL'INTERESSE O IN NOME E PER CONTO DI ALTRI

La presente domanda è presentata in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale.

Se ricorre il suddetto caso, ogni riferimento al "richiedente" del presente modello, è da intendersi come riferito al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è presentata la domanda.

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. ____ Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. ____ CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

Documento di riconoscimento _____ Numero _____

Rilasciato da _____ Data (gg/mm/aaaa) _____

Recapito telefonico _____ E-mail _____

_____ li _____

firma

(o in sostituzione Esercente Responsabilità Genitoriale/Tutore/Amministratore di Sostegno)

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e civili per falsità in atti e dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art 76 del DPR n. 445 del 20.12.2000, dichiara che quanto dichiarato è vero ed accertabile ai sensi dell'art 43 del DPR suindicato ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti; che è a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli.

_____ li _____

firma

(o in sostituzione Esercente Responsabilità Genitoriale/Tutore/Amministratore di Sostegno)

** Ai sensi dell'art. 3 comma 11 della Legge n. 127/97 quale modificato dall'art. 2 comma 10 della Legge 16 giugno 1998 n. 191, la sottoscrizione della presente Istanza non è soggetta ad autenticazione qualora sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un **Documento di identità valido del sottoscrittore.** In caso di cittadino extracomunitario andrà esibito il Permesso di soggiorno.

IL DIPENDENTE ADDETTO

(Timbro dell'Ente)

_____ li _____

Firma del dichiarante _____

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.