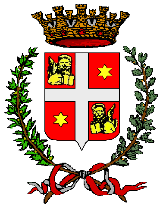
****

***CITTÀ DI CASTELFRANCO VENETO***

**Provincia di Treviso**

**DOMANDA/AUTODICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE**

**AL FONDO DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARE**

SECONDA DOMANDA

PRIMA DOMANDA

Il sottoscritto/a ............................................................................................................................... nato/a a................................................................................................ il ......................................

Residente/domiciliato (in tale secondo caso antecedentemente al 29 marzo 2020) a..........................................................................in Via.................................................... n. ….…. CF..................................................................................................................................................

tel./cell. ……………………………………… e-mail ……………………………...……………………

**CHIEDE**

l’ammissione al contributo per solidarietà alimentare a seguito dell’emergenza Covid -’19 come previsto dall’ordinanza n. 658 del 29.03.2020

**DICHIARA**

1. che il proprio nucleo familiare è composto da n. …… persone di seguito elencate:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **RELAZIONE DI PARENTELA**  **(coniuge, figlio, suocero…)** | **PROFESSIONE (lavoratore, studente, disoccupato...)** | **REDDITO**  **MENSILE NETTO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. di essere nucleo familiare di cui fanno parte N. … minori;
2. presenza nel nucleo familiare di N. …. persone con disabilità permanenti associate a disagio economico;
3. che il proprio nucleo anagrafico ha subito una perdita di reddito dovuta all’emergenza sanitaria da Covid-19, ed è passato da Euro …………………. a Euro..………………….…

**PER IL SEGUENTE MOTIVO** (es. cassa integrazione, chiusura attività lavorativa, riduzione orario, altro…): ……………………………………………………………..……………………..

………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………..

5 . che i componenti del proprio nucleo anagrafico sono titolari dei seguenti benefici pubblici:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **BENEFICIO**  **(vedi legenda)** | **IMPORTO MENSILE** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Reddito di Inclusione – REI; Reddito/Pensione di Cittadinanza – RDC; Pensione di Invalidità – INV; Pensioned a lavoro/sociale – PEN; NASPI; DIS-COLL; Disoccupazione Agricola – DIS AGR; Cassa Integrazione – C INT; Contributi Economici Comunali – CEC; Reddito di Inclusione Attiva – RIA.

di avere presentato richiesta di indennità di € 600,00 per liberi professionisti (INPS);

di non avere presentato richiesta di indennità di € 600,00 per liberi professionisti (INPS);

che il proprio nucleo anagrafico dispone di deposito bancario/postale alla data di presentazione della presente domanda pari ad € …………………………… ;

di abitare (*barrare la situazione corrispondente alla propria*):

* + in casa di proprietà con rata mensile di mutuo (se presente) di € …………………………..;
  + di avere presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo;
  + di non avere presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo;
  + in una casa con contratto di locazione la cui rata mensile di affitto è di € …………………;

Ulteriori esigenze e segnalazioni da presentare:

.........................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………

Comunica che prioritariamente si avvarrà dei seguenti esercizi commerciali (indicare solo quelli pubblicati sul sito del comune in base alla minor distanza dalla propria residenza):

- …………………………………………………………………………………………………

- ……………………………………………………………………………………………………

- ……………………………………………………………………………………………………

- ……………………………………………………………………………………………………

Tanto sopra premesso, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria personale responsabilità ed a 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,

Castelfranco Veneto, addì ………………………..

Firma

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

**(Allegare valido documento di identità)**

**NB: la domanda va compilata in modo chiaro e preciso, barrando i punti che corrispondono alla situazione del nucleo, per agevolare la valutazione e abbreviare i tempi dell’erogazione.**

L’erogazione del beneficio è subordinata all’esaurimento delle risorse disponibili.