



COMUNE DI COMABBIO

PROVINCIA DI VARESE

Piazza Marconi, 1/1 – 21020 COMABBIO - P. IVA 00261830129

Tel. 0331.968572 - fax. 0331.968808

e- mail: segreteria@comune.comabbio.va.it
amministratori@comune.comabbio.va.it

DOMANDA DI ACCESSO ALLE MISURE DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE COME DA PIANO PER GLI INTERVENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE AMBITO TERRITORIALE DI SESTO CALENDE a seguito dell'Ordinanza di Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020 recante "Ulteriori interventi di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili"

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000
DA COMPILARSI CON ATTENZIONE IN OGNI SUA PARTE.

Data,

Il sottoscritto

Cognome.....Nome.....

C.F.....

Residente a.....in via.....

Luogo di nascita.....Data di nascita

Recapito telefonico.....

Mail

Documento di identità _____nr. _____

rilasciato da _____ in data _____.____._____

CHIEDE per il proprio nucleo familiare convivente composto da (indicare Nome e Cognome e età, disabilità, indicazione di celiachia, allergie o problemi alimentari certificati)

l'erogazione delle seguenti misure di solidarietà alimentare concordate col Servizio Sociale:



COMUNE DI COMABBIO

PROVINCIA DI VARESE

Piazza Marconi, 1/1 – 21020 COMABBIO - P. IVA 00261830129

Tel. 0331.968572 - fax. 0331.968808

e-mail: segreteria@comune.comabbio.va.it

amministratori@comune.comabbio.va.it

TIPOLOGIA	bar rare	NOTE
<ul style="list-style-type: none">• Buoni spesa utilizzabili per l'acquisto di generi alimentari e beni di prima necessità presso gli esercizi commerciali contenuti nell'elenco del Comune		
<ul style="list-style-type: none">• Generi di prima necessità (farmaci per patologia non passati dal SSN)		

a tal fine consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 del d.p.r. 28/12/2000, n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e falsità negli atti

AUTOCERTIFICA

- di non percepire altri sostegni pubblici
- di percepire i seguenti sostegni pubblici (indicare tipologia e importo percepito nel mese di Marzo 2020)

- DI TROVARSI ALMENO IN UNA DELLE SITUAZIONI SOTTO ELENcate O CHE UN COMPONENTE CONVIVENTE DEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE SI TROVA IN ALMENO UNA DELLE SITUAZIONI SOTTO ELENcate:

- essere privi di occupazione/pensione e non stare percependo sostegni di natura pubblica; nominativo del componente il nucleo

- essere in condizione di Reddito di cittadinanza sospeso, revocato o decaduto e privi di occupazione; nominativo del componente il nucleo

- appartenere a nuclei monogenitoriali;
- appartenere a nuclei che a seguito dell'epidemia hanno conti correnti congelati o non sono nella disponibilità temporanea dei propri beni;
- appartenere a nuclei con disabili in fragilità economica;



COMUNE DI COMABBIO

PROVINCIA DI VARESE

Piazza Marconi, 1/1 – 21020 COMABBIO - P. IVA 00261830129

Tel. 0331.968572 - fax. 0331.968808

e- mail: segreteria@comune.comabbio.va.it

amministratori@comune.comabbio.va.it

- appartenere a nuclei familiari in cui un decesso conseguente alla diffusione dell'epidemia di COVID-19 ha determinato il venir meno di un'entrata economica determinante per il nucleo familiare;
- interruzione o riduzione del reddito a seguito di sospensione dell'attività esercitata in forma autonoma, collaborazione o partita Iva, in attesa dell'erogazione di bonus ministeriale; nominativo del componente il nucleo

- attività di lavoro dipendente sospesa o ridotta in attesa di percepire la Cassa Integrazione; nominativo del componente il nucleo

- Altro, rientrante in effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da Covid-19 e stato di bisogno; nominativo del componente il nucleo

specificare _____

- ✂ LA PRESENZA DELLE SEGUENTI INGENTI SPESE FAMILIARI (ES. AFFITTO, MUTUO, CARICO DEBITORIO...) descrivere e quantificare

- IL PATRIMONIO MOBILIARE (conti correnti bancari, postali, libretti, depositi...) INTESTATO AI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE, DI SEGUITO INDICATO E QUANTIFICATO

_____ non è

sufficiente a provvedere all'acquisto di generi di prima necessità.

- Che nessuno dei componenti il nucleo produrrà domanda analoga alla presente, né nel Comune di residenza né in altro comune.

IL SERVIZIO SOCIALE SI RISERVA DI VERIFICARE LE DICHIARAZIONI E DI RICHIEDERE ULTERIORE DOCUMENTAZIONE CHE LE COMPROVI.



COMUNE DI COMABBIO

PROVINCIA DI VARESE

Piazza Marconi, 1/1 – 21020 COMABBIO - P. IVA 00261830129

Tel. 0331.968572 - fax. 0331.968808

e- mail: segreteria@comune.comabbio.va.it

amministratori@comune.comabbio.va.it

Si ricorda che le misure di solidarietà alimentare assegnate non sono cedibili, commerciabili ne' convertibili in denaro

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio (Regolamento GDPR).

Data _____

Firma del richiedente _____

ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA'