



AL COMUNE DI MANZIANA
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

info.comunemanziana@pec.it.

RICHIESTA DI ASSEGNAZIONE DI UN SOSTEGNO ECONOMICO PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI, DI PRIMA NECESSITA' A FAVORE DI PERSONE E FAMIGLIE IN CONDIZIONI DI DISAGIO ECONOMICO E SOCIALE CAUSATO DALLA EMERGENZA SOCIALE PROVOCATA DALLA PANDEMIA DA COVID-19.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a Manziana, Via/Viale/Strada/Piazza _____ n. _____

codice fiscale

tel.: _____ cell.: _____

La mancata reperibilità ai riferimenti citati comporta l'esclusione dal beneficio riconoscibile.

e- mail: _____

CHIEDE

PER SOPRAGGIUNTA INDIGENZA ECONOMICA DIPENDENTE DALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19, L'EROGAZIONE DI UN CONTRIBUTO ECONOMICO ASSISTENZIALE DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE.

A tal fine **dichiara**, sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R.445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, consapevole che verranno effettuati controlli su quanto dichiarato:

DI TROVARSI UN UNA CONDIZIONE DI NECESSITA', ANCHE MOMENTANEA, **CAUSATA DALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19** PER LE SEGUENTI RAGIONI:

ATTENZIONE *esplicitare obbligatoriamente*

- licenziamento;
- mancata o ritardata percezione della Naspi
- riduzione delle ore lavorative;
- in attesa di ricevere l'indennità della cassa integrazione
- cessazione e/o sensibile riduzione dell'attività professionale autonoma e/o imprenditoriale;
- decesso di uno dei membri del nucleo familiare percettore di reddito o di entrate mensili anche a titolo risarcitorio e/o di indennizzo;
- cessazione di misure di sostegno al reddito quali Naspi, reddito di cittadinanza;
- inoccupato;
- Altro (specificare) _____

CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE, COMPRESO IL RICHIEDENTE È ANGRAFICAMENTE COSÌ COMPOSTO:

Nome Cognome	Data di Nascita	Grado di Parentela	Condizione Lavorativa	Altri proventi economici percepiti a qualsiasi titolo
			<input type="checkbox"/> occupato con retribuzione mensile pari ad €..... <input type="checkbox"/> Inoccupato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Pensionato € mensili..... <input type="checkbox"/> Altro specificare	
			<input type="checkbox"/> occupato con retribuzione mensile pari ad €..... <input type="checkbox"/> Inoccupato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Pensionato € mensili..... <input type="checkbox"/> Altro specificare	
			<input type="checkbox"/> occupato con retribuzione mensile pari ad €..... <input type="checkbox"/> Inoccupato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Pensionato € mensili..... <input type="checkbox"/> Altro specificare	
			<input type="checkbox"/> occupato con retribuzione mensile pari ad €..... <input type="checkbox"/> Inoccupato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Pensionato € mensili..... <input type="checkbox"/> Altro specificare	
			<input type="checkbox"/> occupato con retribuzione mensile pari ad €..... <input type="checkbox"/> Inoccupato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Pensionato € mensili..... <input type="checkbox"/> Altro specificare	
			<input type="checkbox"/> occupato con retribuzione mensile pari ad €..... <input type="checkbox"/> Inoccupato <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Pensionato € mensili..... <input type="checkbox"/> Altro specificare	

Che la **condizione abitativa** è la seguente:

- affitto €,..... mensili
- proprietà con mutuo di €,..... mensili
- proprietà
- comodato uso gratuito

Di essere / non essere **beneficiario** delle seguenti misure:

ATTENZIONE esplicitare obbligatoriamente

Di essere titolare (o un componente nucleo familiare) di Reddito di Cittadinanza pari ad € mensili; SI NO

Di essere titolare (o un componente nucleo familiare) di Assicurazione sociale per l'impiego (NaSpi) pari ad € mensili; SI NO

Di essere titolare (o un componente nucleo familiare) di Assegno di Disoccupazione (AsDi) pari ad €..... mensili; SI NO

Di essere titolare (o un componente nucleo familiare) di cassa integrazione pari a €..... mensili; SI NO

Di essere titolare (o un componente nucleo familiare) di indennità di mobilità pari a €.....mensili; SI NO

Di essere beneficiario di assegno al nucleo familiare numeroso pari ad € SI NO

Di essere beneficiario di assegno di maternità pari ad € SI NO

Altre forme di sostegno percepite ed erogate a livello locale o regionale

.....
.....

Dichiara altresì che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato al Comune di Manziana analoga istanza.

Allega : (ATTENZIONE allegare obbligatoriamente)

- **ISEE in corso di validità**
- **copia di un documento di identità del richiedente**

Manziana, _____

Firma _____

Il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D. Lgs.196/2003 e degli artt. 13 e 14 GDPR Regolamento UE 679/2016, in ottemperanza al D.Lgs 101 del 10/08/2008, per cui dati personali trattati dal Servizio Sociale del Comune di Manziana sono raccolti per finalità di intervento specifiche del settore ed acquisiti direttamente da soggetti pubblici; il loro trattamento è svolto in forma cartacea e mediante strumenti informatici e telematici.

Firma _____