

**OGGETTO: Domanda di ammissione alle misure urgenti di solidarietà alimentare ai sensi dell'Ordinanza Protezione Civile n.658 in data 29/3/20.**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in questo Comune in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel./fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

A nome del proprio nucleo familiare composto da:

*(elencare tutti gli altri componenti oltre al richiedente, precisando data di nascita e genere)*.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**chiede**

di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare, definite da codesto Comune a seguito dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 658 del 29/03/2020;

**dichiara**

A) che fa parte di un nucleo familiare particolarmente esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e di essere conseguentemente in stato di bisogno, in quanto:

- licenziato in data .....dalla Ditta .....
- In cassa integrazione a partire da .....presso la Ditta .....
- Disoccupato a far data dal .....
- Lavoratore autonomo, titolare di partita IVA .....oppure di società .....
- Operante nel settore ..... che fa parte delle attività sospese dai Decreti emanati per fronteggiare l'emergenza sanitaria
- Altra situazione di bisogno

[precisare]

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

[precisare quali effetti negativi sulla situazione di bisogno abbia determinato l'emergenza sanitaria in corso]

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

B) che le altre persone facenti parte del nucleo familiare sono nella seguente posizione lavorativa:

Nome cognome	Data nascita	Posizione lavorativa (vedere sotto: indicare sigla)
--------------	--------------	--------------------------------------------------------

Posizione lavorativa: disoccupato (D), lavoratore dipendente (N), lavoratore autonomo (A), imprenditore (I), pensionato (P), studente (S), altro (specificare)

C) - che nessun componente, compreso il sottoscritto, del presente nucleo familiare fruisce di alcuna forma di sostegno pubblico

Ovvero

- di beneficiare direttamente o attraverso altro componente del presente nucleo familiare delle seguenti misure di sostegno pubblico: *(precisare tipo di sostegno ed importo)*

---

---

#### **NOTA AGGIUNTIVA**

Il Sottoscritto comunica che almeno uno dei componenti del presente nucleo familiare (*indicare nominativo/i: \_\_\_\_\_*) è disponibile ad effettuare prestazioni lavorative di pubblica utilità entro il corrente anno secondo indicazioni del Comune di Tigliole

○ **autorizza**

gli uffici comunali ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (es. anagrafe, servizi sociali ecc.) e nazionali (es. INPS, Guardia di Finanza ecc.) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace. Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento U.E.2016/679 e D.L.GS. 196/2003 come modificato dal D.L.GS. 101/2018 in materia di privacy.

#### **Allega:**

- fotocopia carta d'identità o di altro documento di identità;
- ovvero fotografia digitale di detto documento;
- ovvero ne indica di seguito gli estremi: \_\_\_\_\_

Lì \_\_\_\_\_

(firma per esteso e leggibile)