

COMUNE DI MASSINO VISCONTI

Provincia di Novara

MODULO DI ACCESSO ALLE “MISURE URGENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE” EMERGENZA COVID-19

(art. 2 del decreto legge 23 novembre 2020 n. 154)

DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE

DATI DEL RICHIEDENTE	cognome	nome
	data di nascita	Comune di nascita
	Comune di residenza	C.A.P.
	Via/Piazza n.	recapito telefonico fisso/mobile
	e-mail	
	codice fiscale	

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità:

DICHIARA

- ☐ che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone di cui _____ minori
- ☐ di avere la residenza anagrafica e di trovarsi sul territorio del Comune di Massino Visconti;
- ☐ di avere il seguente titolo di godimento dell'immobile adibito ad abitazione principale:
 - o titolare di un contratto di locazione di unità immobiliare ad uso abitativo regolarmente registrato (sono esclusi gli immobili appartenenti alle categorie catastali A1, A8 e A9)
 - o assegnatario in locazione di alloggio di edilizia pubblica (ATC)e che il canone di locazione mensile è pari ad € _____
- ☐ di essere titolare di diritto di proprietà, usufrutto, uso ed abitazione nel Comune di Massino Visconti o in altro Comune sul territorio Italiano
- ☐ di aver subito una RIDUZIONE SUPERIORE al 20% del reddito complessivo mensile del nucleo familiare per cause riconducibili all'emergenza epidemiologica da Covid-19, rispetto al mese di gennaio 2020
- ☐ che il proprio ISEE, valido fino al _____ è di € _____

- ☐ che il saldo del proprio **ESTRATTO CONTO BANCARIO E/O POSTALE** (indicare la somma del saldo dei conti correnti e del denaro contante di cui la famiglia dispone), al _____ è di € _____
- ☐ di essere in possesso di **TITOLI, CONTI DEPOSITI E RISPARMI BANCARI E/O POSTALI** per una somma pari a € _____
- ☐ di percepire **REDDITO DI CITTADINANZA** di € _____ mensili

RICHIEDE

l'erogazione dei buoni spesa per l'acquisto di generi alimentari e di beni di prima necessità.

DICHIARA INOLTRE

1. di essere a conoscenza che, in caso di accertamento di false dichiarazioni, il contributo non sarà concesso ovvero sarà recuperato e si darà seguito alle opportune azioni sanzionatorie previste dalla legge;
2. di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 (Informativa Privacy GDPR), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione è stata resa.

ALLEGA

- copia del documento di identità in corso di validità
- copia dell'ultima dichiarazione dei redditi (se presentata)
- copia ISEE 2020 (se in possesso)

Luogo e data _____

Firma _____

Si comunica che il modello di richiesta dovrà essere compilato in tutte le sue parti anche qualora il valore di riferimento fosse uguale a ZERO (es. saldo estratto conto).

Nel caso in cui la compilazione del modulo risultasse incompleta, la richiesta non verrà presa in considerazione.

Si comunica altresì che il Servizio Sociale, al fine di valutare la presente richiesta, effettuerà le opportune verifiche su quanto dichiarato e sullo stato di bisogno della famiglia.

Il presente modulo compilato in tutte le sue parti, completo di allegati e firmato dovrà essere inviato in formato PDF al seguente indirizzo e mail:

municipio@comune.massinovisconti.no.it

oppure consegnato a mano presso gli uffici comunali esclusivamente su appuntamento

Seguirà contatto telefonico da parte del Servizio Sociale.