

**Al Comune di
Follina - TV**

via e-mail:

assistentesociale@comune.follina.tv.it

segreteria@comune.follina.tv.it

segreteria@comunefollina.legalmail.it

**RICHIESTA PER ACCEDERE AL BUONO SPESA FONDO DI SOLIDARIETA'
ALIMENTARE (DECRETO LEGGE 23 NOVEMBRE 2020, N. 154, ART.2)**

(DA COMPILARE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO LEGGIBILE)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il ____/____/____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in _____ in via _____

recapito telefonico _____ cellulare _____

email _____

CHIEDE

Per se stesso o per il proprio nucleo familiare (convivente)

In nome e per conto di _____

nato/a a _____ (_____) il ____/____/____

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente in _____ in via _____

in qualità di _____

(specificare: tutore, amministratore di sostegno, familiare delegato)

l'assegnazione di generi di prima necessità, prodotti alimentari, prodotti per l'igiene personale e della casa, ovvero la consegna di buoni spesa per il loro acquisto a favore di persone e/o famiglie in condizioni di disagio economico e sociale causato dalla situazione emergenziale in atto, provocata dalla diffusione di agenti virali trasmissibili (COVID-19).

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del su citato D.Lgs. 445/2000;

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'
(barrare o segnare la voce che interessa)**

1) che la **composizione del proprio nucleo familiare** convivente è la seguente:

Nr.	Cognome nome	Grado di parentela	Data di nascita	Età	Disabile/Non autosufficiente	Professione*	Tipologia entrata mensile***	Importo entrata mensile	Data prima erogazione beneficio
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

* **Lavoratore dipendente/autonomo regolarmente in attività**

* **Lavoratore dipendente/autonomo in attività ridotta per effetto dell'emergenza COVID-19**

* **Disoccupato per effetto dell'emergenza COVID-19**

* **Data di disoccupazione**

*** stipendio, indennità di disoccupazione, contributi comunali, contributi regionali (RIA, SOA, PE, buono libri, borsa di studio, fondo affitti...), contributi statali (reddito di cittadinanza, pensione di invalidità, rendita INAIL, assegno sociale, ...)

complessivo								
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

10) di beneficiare/non beneficiare di interventi erogati da soggetti di Terzo Settore (Caritas, CRI, Associazioni di Volontariato, Banco Alimentare, altro):
in caso affermativo Specificare la tipologia: _____

11) di essere/non essere in possesso dell'ISEE in corso di validità, con valore _____;

Tanto sopra premesso, il/la sottoscritto/a chiede, come previsto dall'ordinanza n. 658 del 29.03.2020, di essere destinatario/a delle risorse di solidarietà alimentari per i seguenti motivi (es. indicare da quando il reddito familiare si è ridotto, l'ultimo stipendio percepito dai componenti il nucleo ed il relativo ammontare ed ogni altra causa idonea a giustificare la richiesta):

.....
.....

Il sottoscritto dichiara infine di aver preso atto che i dati personali presenti nella presente istanza / autodichiarazione verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D. Lgs. N. 196/2003 e ss.mm.ii. e con la presente ne autorizza l'utilizzo.

Follina, ____/____/_____

Firma

Allega: copia documento d'identità in corso di validità o eventuale delega del richiedente

Spazio riservato all'Ufficio Servizi Sociali

La presente autocertificazione/domanda presentata il _____ al protocollo n. _____
(registro interno Servizi Sociali n. _____ alla situazione economica dichiarata dal richiedente e riassunta nella seguente tabella

Trimestre 2019		Trimestre 2020		Disp. pro-capite	
A - Tot entrate		F - Tot entrate		M - Persone N.F.	
B - 13° mensilità		G - 13° mensilità		N - Importo p-c (L:M)	
C - Tot spese		H - Tot spese			
D - Residuo netto (A-B-C)		I - Residuo netto (F-G-H)			
E - Media entrate mensile (D:3)		L - Media entrate mensile (I:3)			

risulta accoglibile

necessita di integrazione per i seguenti motivi _____

non accoglibile per i seguenti motivi _____

Si stabilisce il riconoscimento delle seguenti misure di solidarietà alimentare da erogarsi in buoni spesa del valore di € 10,00 ciascuno:

	NUMERO COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE	IMPORTO COMPLESSIVO DEL BUONO SPESA
	1	€ 250,00
	2	€ 350,00
	3	€ 450,00
	4 e oltre	€ 550,00

Follina, _____

L'Assistente Sociale
Chantal Cremasco