**All. C**

All'Ufficio Servizi Sociali

del Comune di Campofelice di Roccella

**Oggetto:** istanza ammissione al beneficio relativo alle “misure urgenti di solidarietà alimentare”.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ residente a Campofelice di Roccella (PA), Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_, località \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CodiceFiscale\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/telefono \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cellulare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni false e della conseguente decadenza dei benefici eventualmente conseguiti (ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000) sotto la propria responsabilità,

**CHIEDE**

di essere ammesso al beneficio in oggetto.

A tal fine **DICHIARA**

* di trovarsi in stato di bisogno poiché esposto agli effetti economici derivanti dall’emergenza epidemiologica da virus Covid\_19;
* che il proprio nucleo familiare, escluso il dichiarante, è così costituito:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e nome** | **Data di nascita** | **Rapporto di parentela** | **Condizione lavorativa** | **Persona disabile/anziani non autosufficienti** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**( ) che nel proprio nucleo familiare vi sono percettori di:**

* pensione anzianità/vecchiaia per un importo complessivo mensile pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_;
* pensione d’invalidità per un importo complessivo mensile pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* indennità di accompagnamento per un importo complessivo mensile pari ad € \_\_\_\_\_\_;
* contributo per disabilità gravissima per un importo complessivo mensile pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**condizione lavorativa del richiedente**

* ( ) di essere disoccupato o in cerca di prima occupazione
* ( ) di essere titolare di attività commerciale/artigianale chiusa a seguito dei DPCM
* ( ) di aver lavorato in modo saltuario ( ) e/o stagionale ( ) con la seguente mansione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ( ) di non percepire alcun ammortizzatore sociale (NASpI, DIS-COLL, Cassa Integrazione)
* ( ) di percepire il seguente ammortizzatore sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un importo pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non aver avuto il riconoscimento del Reddito di Cittadinanza;
* di aver avuto il riconoscimento del RdC per un importo mensile pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**condizione lavorativa degli altri familiari in età lavorativa \***

**1° Nominativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* ( ) di essere disoccupato o in cerca di prima occupazione
* ( ) di essere titolare di attività commerciale/artigianale chiusa a seguito dei DPCM
* ( ) di aver lavorato in modo saltuario ( ) e/o stagionale ( ) con la seguente mansione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ( ) di non percepire alcun ammortizzatore sociale (NASpI, DIS-COLL, Cassa Integrazione)
* ( ) di percepire il seguente ammortizzatore sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un importo pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**2° Nominativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* ( ) di essere disoccupato o in cerca di prima occupazione
* ( ) di essere titolare di attività commerciale/artigianale chiusa a seguito dei DPCM
* ( ) di aver lavorato in modo saltuario ( ) e/o stagionale ( ) con la seguente mansione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ( ) di non percepire alcun ammortizzatore sociale (NASpI, DIS-COLL, Cassa Integrazione)
* ( ) di percepire il seguente ammortizzatore sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per un importo pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

*\* Ripetere in presenza di più familiari in età lavorativa*

**situazione patrimoniale complessiva familiare**

* ultimo reddito dell'intero nucleo familiare percepito il mese di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* patrimonio mobiliare (depositi/risparmi) al 29/02/20 pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**condizione abitativa complessiva familiare**

* di risiedere in abitazione affitto con un canone mensile pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di sostenere le rate di pagamento per mutuo e/o finanziaria etc con rata mensile per un importo pari ad € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di non avere presentato richiesta di sospensione pagamento
* di beneficiare del bonus ( ) luce , ( ) gas ( ) e acqua ( ).
* ( ) di possedere beni immobili concessi in locazione per un affitto mensile pari ad € \_\_\_\_\_\_
* Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).
* Allego copia documento di identità in corso di validità;

Campofelice di Roccella \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_