

Oggetto: EMERGENZA SANITARIA COVID-19 – MISURE DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE-

Il Sottoscritto _____

nato a _____, il _____,

residente a CASTEL MORRONE, alla via _____ tel _____

VISTO quanto disposto dall'Ordinanza n. 658 del 29/03/2020 in relazione alle misure urgenti di solidarietà alimentare;

Visto l'avviso pubblico del Comune di Castel Morrone in data 31/03/2020;

CHIEDE di essere ammesso al beneficio delle misure previste.

Li _____

IL RICHIEDENTE

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali in cui, ai sensi degli art. 45 e 46 DPR 445/2000, potrebbe incorrere in caso di dichiarazioni false e/o mendaci e sulla possibile decadenza dal beneficio in oggetto, nonché della possibilità riconosciuta all'Ente, anche in via successiva rispetto all'erogazione del beneficio, di accertare la permanenza delle condizioni che consentono la materiale erogazione dello stesso;

DICHIARA (barrare la casella corrispondente)

Di non percepire il RdC (Reddito di Cittadinanza) ;

Di non percepire la PdC (pensione di cittadinanza);

Di trovarsi in grave stato di disoccupazione/inoccupazione si /no

Di essere in gravi difficoltà economiche ed attualmente privo di reddito; si / no

Che nessun componente del nucleo familiare percepisce alcuna forma di supporto previdenziale (ammortizzatori sociali: cassa integrazione ordinaria, assegno ordinario, naspi, cassa integrazione in deroga);

di non trovarsi in nessuna delle condizioni ostative previste dalla legge per beneficiare di contributi pubblici.

Che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ componenti di cui minorenni n.;

Che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. persona con disabilità con percentuale invalidità del..... .. e/o titolare di L.104/1992;

Si prende atto che l'ufficio preposto darà priorità alle domande i cui richiedenti non siano già assegnatari di sostegno pubblico (R d C, P d C. REI NASPI cassa integrazione, ecc)

Si Allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità

Castel Morrone, _____

Il Dichiarante
