



COMUNE DI UBIALE CLANEZZO

PROVINCIA DI BERGAMO

Modulo di richiesta di ammissione all'avviso pubblico per l'erogazione buoni spesa ai sensi dell'ODPDC n. 658 del 29 marzo 2020 e art. 2 del decreto legge 23 novembre 2020

Dichiarazione sostitutiva fondo di solidarietà alimentare

Al Comune di Ubiale Clanezzo
Via Papa Giovanni XXIII, n. 1
24010 Ubiale Clanezzo

Email info@comune.ubialeclanezzo.bg.it

Il/La sottoscritto/a

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

codice fiscale

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

residente a Ubiale Clanezzo in via _____, n. _____

recapito telefonico _____

cellulare _____

email _____

consapevole della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

DICHIARA

1 – di essere (barrare la casella interessata):

cittadino italiano;

cittadino dell'UE o cittadino extra UE in possesso di regolare permesso di soggiorno;

2- che il proprio nucleo familiare è complessivamente composto da n. _____ persone, di cui n. ____ minori NON inseriti nel mondo lavorativo, di cui n. ____ adulti a carico senza nessun sussidio pubblico.



COMUNE DI UBIALE CLANEZZO

PROVINCIA DI BERGAMO

- 3 - che il nucleo familiare vive in un'abitazione (barrare l'opzione che ricorre):
 di proprietà locazione alloggio pubblico locazione alloggio privato
 comodato d'uso gratuito altro _____
- 4 – che i componenti il nucleo familiare sono / non sono proprietari/comproprietari di altre proprietà immobiliari, oltre alla casa di abitazione.
In caso di possesso di altre proprietà immobiliari indicare il canone di locazione mensile €. _____ (qualora percepito);
- 5 – che uno dei componenti il nucleo familiare ha contratto/non ha contratto un mutuo per l'acquisto della casa di abitazione. In caso sia stato contratto, specificare l'ammontare della rata mensile del mutuo _____ e se il contraente ha presentato/non ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo e se ha presentato/ non ha presentato domanda di contributo di cui alla DGR XI/2999 del 30.03.2000 (contributo straordinario una tantum Regione Lombardia mutui prima casa);
- 6- di disporre di: (barrare l'opzione che ricorre):
 Conti correnti/depositi bancari/postali/titoli per importo totale NON superiore a €10.000,00 qualora il nucleo familiare sia composto da 1 a 2 persone
 Conti Correnti/depositi bancari/postali/titoli per importo NON superiore a €15.000,00 qualora il nucleo familiare sia composto da 3 o più persone
 Di non ricadere in una delle due precedenti condizioni
- 7 – che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato istanza di accesso al Fondo di solidarietà alimentare (ordinanza n. 658 del 29.03.2020); (a pena di esclusione);
- 8 - che nel proprio nucleo familiare convivente (barrare l'opzione che ricorre):
o NON ci sono percettori allo stato attuale di misure pubbliche a sostegno del reddito (es. cassa integrazione, indennità di disoccupazione, reddito di cittadinanza, NASPI, reddito di inclusione ecc);
o CI SONO percettori di misure pubbliche a sostegno del reddito (es. cassa integrazione, indennità di disoccupazione, reddito di cittadinanza, NASPI, reddito di inclusione ecc.) per la somma di € _____ mensili;



COMUNE DI UBIALE CLANEZZO

PROVINCIA DI BERGAMO

9 - Tanto sopra premesso, sottoscritto chiede, come previsto dall'ordinanza n. 658 del 29.03.2020, di essere destinatari delle risorse di solidarietà alimentari trovandosi in una delle seguenti condizioni:

- licenziamento, perdita di lavoro non coperta da ammortizzatori sociali;
 - mobilità, cassa integrazione, riduzione orario di lavoro non coperto da ammortizzatori sociali;
 - sospensione attività di lavoro autonomo non coperta da ammortizzatori sociali (600 euro mensili partita iva);
 - disoccupazione con/senza indennità;
 - mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici;
 - attivazione di servizi a pagamento per l'assistenza al domicilio di persone fragili che non hanno potuto frequentare centri diurni per anziani, disabili o progetti personalizzati domiciliari di cui fruivano;
 - over 65 con la sola pensione minima, o in assenza di pensione, e senza forme di deposito mobiliare (titoli, obbligazioni, etc.);
 - altro stato di necessità da dichiarare: _____
-

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella presente autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio (Regolamento GDPR).

Luogo e data _____

Firma

Si allega copia del documento d'identità in corso di validità



COMUNE DI UBIALE CLANEZZO

PROVINCIA DI BERGAMO

(si rammenta che i documenti d'identità scaduti successivamente al 31/01/2020 conservano la loro validità fino al 30/04/2021).

Per i cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea si richiede il possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità o scaduto in data successiva al 21/02/2020 ovvero in possesso di ricevuta per appuntamento di rinnovo

La firma non deve essere autenticata.

La presente dichiarazione è esente dall'imposta di bollo (art. 37 del D.P.R. 445/2000).



COMUNE DI UBIALE CLANEZZO
PROVINCIA DI BERGAMO

Da compilare solo se dichiarazione resa per conto di persona interdetta, inabilitata o soggetta ad amministrazione di sostegno.

Dati della persona sottoposta a misure di protezione giuridica

Nominativo

Codice fiscale

Data di nascita

Comune e Provincia di
nascita

Stato estero di nascita

Residente a via e nr. civico

e-mail

Telefono /cellulare

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella presente autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio (Regolamento GDPR).

Allegare copia dell'atto legale di nomina e del documento di identità.

Luogo e data

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

(firma leggibile)

La firma non deve essere autenticata.

La presente dichiarazione è esente dall'imposta di bollo (art. 37 del D.P.R. 445/2000).