



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
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 €. 5.000,00 qualora il nucleo familiare sia composto da 1 a 2 persone
 - Conti Correnti/depositi bancari/postali/titoli per importo NON superiore a euro 10 mila 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
(si rammenta che i documenti d'identità scaduti successivamente al 17/03/2020
conservano la loro validità fino al 31/08/2020).



COMUNE DI UBIALE CLANEZZO

PROVINCIA DI BERGAMO

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).