**COMUNE DI VIMODRONE**

**ISTANZA AMMISSIONE MISURA SOLIDARIETA' ALIMENTARE - EMERGENZA COVID 19**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO,**

 **(art.47 DPR 28 dicembre 2000, n. 445)**

Il/la sottoscritto/a ……………………………………………………………………

Nato/a………………………………………………………Prov……il……………

cod.fisc…………………………………… residente a Vimodrone in …….…….…

…….……………………………………n.……… telefono…………………………

mail ……………………………………

**presenta formale istanza di essere ammesso all'erogazione dei voucher- buoni spesa di solidarietà alimentare a seguito di:**

* licenziamento, mobilità, cassa integrazione; riduzione o perdita del lavoro non coperta da ammortizzatori sociali.
* sospensione attività di lavoro autonomo non coperta da ammortizzatori sociali (600 Euro mensili partite iva)
* cessazione o riduzione di attività professionale o di impresa
* disoccupazione
* mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici
* accordi aziendali e sindacali con riduzione dell’orario di lavoro
* incremento di spese certificate sostenute dal nucleo familiare per l’acquisto di farmaci, per garantire interventi socio-assistenziali o per il pagamento di spese socio-sanitarie
* 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.
* altro stato di necessità da dichiarare…………………………………………………………………..

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art.76 del DPR 28.12.2000 n. 445 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere, di cui all’art 75 del richiamato DPRe ai sensi e per gli effetti del DPR 445/2000 e s.m.i. sotto la propria responsabilità

**DICHIARA :**

* Di essere percettore di ammortizzatori sociali per un totale mensile di euro ……………… (reddito di cittadinanza, naspi,aspi, mini aspi,mobilità,altro)
* Di NON essere percettore di alcun AMMORTIZZATORE SOCIALE
* Di avere un nucleo famigliare di n…………………… componenti
* Di avere n………….. figli minori - Età ……………………………………
* Che nel nucleo vi presenza di n. ........ disabili
* Che nel nucleo vi presenza di n. ........anziani
* Di essere un nucleo che a seguito del COVID19 si trova con conti corrente congelati e/o nella non disponibilità temporanea dei propri beni e/o non possiedono strumenti di pagamento elettronici;
* Di essere un anziano solo con pensione minima o in assenza di pensione;
* Di avere una Partita Iva o altra categoria autonoma non compresa dai dispositivi attualmente in definizione a livello ministeriale;

**Dichiara**, inoltre, di essere informato, **AI SENSI DEL REGOLAMENTO GENERALE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI N. 2016/679 -GDPR**, che i dati personali saranno trattati, anche con strumenti informatici,esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data……………………………………….

 Firma………………………………………..