Al Comune di Campobello di Mazara
Via Mare n. 2

indirizzo di posta elettronica: **protocollo.campobellodimazara@pec.it**

OGGETTO: Richiesta di ammissione alle misure urgenti di solidarietà alimentare

Il/la sottoscritto/a *(Cognome e nome)* _____

nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

residente a Campobello di Mazara in Via/Piazza _____ n° civico_____

telefono _____ e-mail _____

C H I E D E

Di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare previste dall'art. 2 comma 4 dell'Ordinanza n. 658 emessa in data 29/03/2020 dal Capo del Dipartimento della Protezione Civile.

A tal uopo, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate e consapevole che i propri dati personali saranno trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs 196/2003, Regolamento UE 679/2016 e D.Lgs 101 del 10/08/2018, per il quale esprime il proprio consenso:

D I C H I A R A

(barrare le voci che interessano)

- □ Di essere residente nel Comune di Campobello di Mazara;
- □ Di trovarsi, a seguito della crisi economica generata dall'epidemia da COVID – 19, in un temporaneo stato di necessità socio-economica che impedisce di garantire il necessario sostentamento per sé ed il proprio nucleo familiare;
- □ Che il proprio nucleo familiare è così composto:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

- □ Che il nucleo familiare non fruisce del reddito di cittadinanza **ovvero** di avere avuto il riconoscimento del reddito di cittadinanza pari ad €_____;
- □ Di non avere accesso ad alcuna forma di sostegno alimentare (es. Caritas, Banco Alimentare, ecc.)
- □ Che nessuno dei componenti il nucleo familiare percepisce redditi di pensione, indennità di disoccupazione o altri ammortizzatori sociali e/o ogni altra forma di sostegno economico da parte di Enti Pubblici **ovvero** di essere assegnatario della seguente tipologia di sostegno pubblico _____*(specificare)* nella misura mensile di € _____ ;
- □ Di non svolgere la propria attività lavorativa di_____a causa dell'emergenza sanitaria in atto;
- □ Di non aver richiesto e di non essere destinatario di alcuna delle misure di sostegno economico previste dal D.L. 17/03/2020 n.18 (c.d. decreto "Cura Italia") **ovvero** di aver richiesto, in data _____l'accesso ad una delle misure di sostegno economico _____*(specificare quale)* previste dal D.L. c.d. Cura Italia;
- □ Che l'attuale disponibilità economica in riferimento ad entrate recenti e/o giacenza su c/c o altri strumenti di deposito immediatamente smobilizzabili non consentono l'approvvigionamento di generi alimentari o di prima necessità.

Allega alla presente:

- □ copia documento di riconoscimento in corso di validità del richiedente;
- □ copia modello ISEE del nucleo familiare in corso di validità (se disponibile).

(luogo e data) (firma leggibile del dichiarante)

_____ _____