

*Spett.le
Comune di VINZAGLIO
via mail: municipio@comune.vinzaglio.no.it*

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DI EROGAZIONE
DI SOSTEGNO ECONOMICO PER EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID 19**
In attuazione del D.L. n. 154 del 23/11/2020

Il/La sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

Tel. fisso _____

Tel. cellulare _____

E mail _____

Carta Identità n° _____ rilasciato da: _____

Consapevole delle conseguenze penali in materia di false dichiarazioni e delle norme vigenti in materia di autocertificazione

DICHIARA

1. Di essere di sesso ☐ M ☐ F e di nazionalità _____
2. Di essere nato/a _____ prov. (_____) il _____
3. Di essere residente in _____ Via _____ n° _____
4. Di trovarsi nella **seguinte situazione emergenziale** Covid 19 (es: interruzione attività lavorativa, assenza di reddito nell'ultimo uno/due mesi a causa Covid 19); descrivere brevemente la situazione:

Dichiara inoltre (condizioni obbligatorie):

- di trovarsi in stato di disoccupazione temporanea o inattività a seguito di emergenza Covid19;
- di non aver percepito complessivamente reddito da lavoro nel quarto trimestre 2020 superiore a 2000 euro netti;
- di non aver avuto nel 2020 sul proprio c/c bancario o postale una giacenza media annua superiore a 2000 euro;
- di non essere percettore di ammortizzatori sociali.

Dichiara altresì (barrare quella che interessa):

- di non essere percettore di Reddito di Inclusione;
- di percepire reddito di Inclusione inferiore a 100€ mensili;
- di essere percettore di reddito di Inclusione superiore a 100€ mensili.

- di non essere percettore di Reddito di Cittadinanza;
- di percepire Reddito di Cittadinanza inferiore a 100€ mensili;
- di percepire Reddito di Cittadinanza superiore a 100€ mensili.
- di non essere percettore di aiuti economici a qualsiasi titolo percepiti;
- di percepire aiuti economici nel corrente mese da _____ per un importo di euro _____;

che i componenti del proprio nucleo familiare, oltre al/lla sottoscritto/a, sono i seguenti:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

A corredo della presente il sottoscritto dichiara altresì che tutti i componenti del proprio nucleo familiare rientrano nelle casistiche sopra indicate e di essere economicamente impossibilitato all'acquisto di generi di prima necessità.

Il beneficio massimo a nucleo familiare è stabilito in €150 settimanali. A seguito dell'accettazione della domanda verranno indicate le modalità con cui si potrà beneficiare dei buoni spesa.

Il sottoscritto dichiara inoltre:

di aver preso atto che i dati personali, verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 196/2003 – CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI e con la presente ne autorizza l'utilizzo.

Si precisa che le dichiarazioni sostitutive di certificazione dei requisiti, rilasciate dai richiedenti ai sensi del DPR 445/2000, potranno essere oggetto di controllo e verifiche con la collaborazione degli organi competenti.

Data _____

Firmato: