ALLEGATO B)

Spett.le
COMUNE di MONTE MARENZO

Oggetto: **emergenza Coronavirus – richiesta "misure urgenti di solidarietà alimentare" di cui all'articolo 2 del decreto legge 23 novembre 2020, n. 154**

Il/La sottoscritto/a _____
residente a Monte Marenzo – in via _____
di cittadinanza _____
recapito telefonico _____
e-mail _____

CHIEDE

l'assegnazione di un Bonus spesa per il proprio nucleo familiare in quanto aggravato dagli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19.
Il/La sottoscritto/a, a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 46 del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- □ di essere regolarmente soggiornante (se cittadino straniero)
- □ che il proprio nucleo familiare, oltre che dal richiedente, è costituito da n. _____ persone
- □ che la propria condizione abitativa è:
  - o in locazione in alloggio privato con canone mensile pari a euro: _____;
  - o in alloggio di proprietà senza mutuo;
  - o in alloggio di proprietà con mutuo mensile pari a euro: _____;
  - o in altra situazione abitativa (specificare: dormitorio, ospitalità gratuita, ecc.): _____
- □ che nel mese di NOVEMBRE ho percepito le seguenti entrate economiche (indicare la somma totale del nucleo):
  - o stipendio **(indicare lo stipendio relativo al lavoro svolto nel mese di novembre e non relativo a mesi antecedenti**) /Naspi, pari a euro _____
  - o reddito di cittadinanza, pari a euro _____
  - o pensione, pari a euro _____
  - o altre entrate, pari a _____
- □ che, a seguito dell'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 (dal 23 febbraio 2020), sono intervenuti i seguenti cambiamenti relativi al bilancio economico del proprio nucleo familiare:
  - o Nessun cambiamento
  - o SI, specificare quali:
    - □ riduzione orario lavoro presso _____
    - □ apertura cassa integrazione _____
    - □ aumento delle spese inerenti _____
    - □ sospensione attività professionale in proprio _____
    - □ perdita lavori saltuari_____
    - □ contratto a termine non rinnovato _____
    - □ impossibilità inizio nuovo lavoro _____
    - □ altro:
      _____
      _____
      _____

Il/La sottoscritto/a:

- prende atto che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 “Codice in materia di protezione dei dati personali” ,i dati personali indicati nel presente modulo saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra, si riferisce
- prende atto che, sui dati dichiarati, il Comune di Monte Marenzo potrà effettuare controlli da parte degli organi preposti, ai sensi dell’articolo 71 del D.P.R. n. 445/2000 e ai sensi dell’articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e dell’articolo 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n, 221, e successive modificazioni
- autorizza gli operatori del Comune di Monte Marenzo a contattare INPS, datori di lavoro e terzi al fine di verificare la veridicità della presente dichiarazione

Monte Marenzo, _____

Il/La richiedente

_____