

Al Comune di Scandicci

Richiesta di generi di prima necessità ai sensi dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile 29 marzo 2020, n. 658

Dichiarazione sostitutiva di certificazione a/o sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR n. 445/00, e ss.mm.ii.

Il/La _____ sottoscritto/a _____ nato/a _____ a _____
_____ prov. _____ il _____ C.F. _____
_____ residente o domiciliato nel Comune di _____
_____ (____) in Via/Piazza _____
_____ n. _____ C.A.P. _____ recapito
telefonico _____ indirizzo mail _____

Facente parte del nucleo familiare composto da:
(per nucleo familiare si intende la famiglia anagrafica del richiedente)

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

Cognome _____ Nome _____ Codice Fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del DPR n. 445/00, e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità

CHIEDE

per sé stesso e per il proprio nucleo familiare l'assegnazione di generi di prima necessità ai sensi dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile 29 marzo 2020, n. 658.

A TAL FINE DICHIARA

che il proprio nucleo familiare è in carico al servizio sociale territoriale della Società della Salute Fiorentina Nord Ovest o dell'Azienda USL Toscana Centro Sì No

che il proprio nucleo familiare non è in grado di soddisfare le necessità più essenziali e urgenti in quanto si è verificato l'azzeramento o una forte riduzione del reddito da lavoro percepito dai suoi componenti a causa delle seguenti

modifiche della condizione occupazionale intervenute successivamente alla dichiarazione dello stato di emergenza CoViD-19 (ossia dal 31 gennaio 2020) per ragioni connesse alla stessa:

- nel caso di lavoratore dipendente a tempo indeterminato:

risoluzione del rapporto di lavoro

Sospensione dell'attività lavorativa, in assenza/attesa di attivazione di ammortizzatore sociale(Descrivere l'evento occorso, con l'indicazione del/i componente/i del nucleo familiare coinvolto, del soggetto datoriale e della data dell'accadimento. In sede di controllo potrà essere richiesta la documentazione comprovante quanto dichiarato)

- nel caso di lavoratore dipendente a tempo determinato ovvero impiegato con tipologie contrattuali flessibili:

conclusione del rapporto di lavoro(Descrivere l'evento occorso, con l'indicazione del/i componente/i del nucleo familiare coinvolto, del soggetto datoriale e della data dell'accadimento. In sede di controllo potrà essere richiesta la documentazione comprovante quanto dichiarato)

- nel caso di lavoratore autonomo:

cessazione o sospensione della propria attività, in quanto non rientrante tra quelle inserite nell'elenco di cui all'allegato al decreto del Ministro dello Sviluppo Economico 25 marzo 2020;

(Descrivere l'attività cessata o sospesa con l'indicazione del codice ATECO di riferimento, del/i componente/i del nucleo familiare interessati della data dell'accadimento. In sede di controllo potrà essere richiesta la documentazione comprovante quanto dichiarato)

- nel caso di lavoratore intermittente o a chiamata:

consistente riduzione della propria attività(Descrivere l'attività svolta con l'indicazione del/i componente/i del nucleo familiare interessati e delle ragioni della riduzione intervenuta. In sede di controllo potrà essere richiesta la documentazione comprovante quanto dichiarato)

DICHIARA ALTRESI'

che nel nucleo familiare sono presenti percettori di contribuzioni economiche pubbliche aventi finalit  di sostegno al reddito erogate a livello nazionale, regionale o locale¹, come di seguito indicati:

1. Cognome _____ Nome _____
Tipologia di contributo _____ Importo mensile € _____
2. Cognome _____ Nome _____
Tipologia di contributo _____ Importo mensile € _____
3. Cognome _____ Nome _____
Tipologia di contributo _____ Importo mensile € _____
4. Cognome _____ Nome _____
Tipologia di contributo _____ Importo mensile € _____

che l'importo complessivo del saldo contabile attivo, al lordo degli interessi, al 31 marzo 2020, dei depositi e dei conti correnti bancari e postali di cui sono titolari o contitolari i componenti del nucleo familiare   pari a € _____

(Si ricorda che il buono spesa non sar  erogato qualora l'importo di cui sopra sia superiore a € 6.000,00 per un nucleo familiare di un componente, a € 8.000,00 per un nucleo familiare di due componenti e a € 10.000,00 per nuclei familiari di tre o pi  componenti).

SI IMPEGNA

a comunicare immediatamente le eventuali variazioni inerenti alla situazione economica che rendano possibile la soddisfazione delle necessit  pi  essenziali e urgenti, autorizzando codesto Ente a effettuare le verifiche circa la veridicit  delle dichiarazioni sostitutive rese sopra in conformit  al DPR n. 445/00, e ss.mm.ii., nella consapevolezza che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del medesimo DPR, oltre a comportare la decadenza dai benefici eventualmente ottenuti.

DOMANDA PRESENTATA NELL'INTERESSE O IN NOME E PER CONTO DI ALTRI

- La presente domanda   presentata in nome e per conto del soggetto incapace da chi ne ha la rappresentanza legale.

Se ricorre il suddetto caso, ogni riferimento al "richiedente" del presente modello,   da intendersi come riferito al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale   presentata la domanda.

INDICARE I DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL SOGGETTO INCAPACE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. ____ Data di nascita _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov. ____ CAP _____

Via/Piazza _____ n. _____

Documento di riconoscimento _____ Numero _____

Rilasciato da _____ il _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo mail _____

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e civili per falsità in atti e dichiarazioni mendaci ai sensi dell'art 76 del DPR n. 445/00, e ss.mm.ii., dichiara:

- che quanto dichiarato è vero ed accertabile ai sensi dell'art. 43 dello stesso DPR, ovvero documentabile su richiesta delle amministrazioni competenti;
- di essere a conoscenza che sui dati dichiarati potranno essere effettuati controlli.

Autorizza il trattamento dei i dati personali presenti nella dichiarazione resa ai soli fini della evasione della istanza, ai sensi del decreto legislativo n. 196/03 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

_____ li _____

Firma

Ai sensi dell'art. 3, comma 11, della legge n. 127/97, quale modificato dall'art. 2, comma 10, della legge n. 191/98, la sottoscrizione della presente domanda non è soggetta ad autenticazione qualora sia apposta in presenza del dipendente addetto ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica, ancorché non autenticata, di un **documento di identità valido del sottoscrittore**. In caso di cittadino extracomunitario andrà esibito il Permesso di soggiorno.

IL DIPENDENTE ADDETTO

(Timbro dell'Ente)

ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' E INVIARE:

- tramite email a: **sociale@comune.scandicci.fi.it**

E' possibile richiedere informazioni ai seguenti numeri **055.7591.711/712/713** per il supporto alla compilazione della domanda o per ogni altro chiarimento.