

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 \_\_\_\_\_

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 finalità di sostegno al reddito erogate a livello nazionale, regionale o locale<sup>1</sup>, 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 è pari a € \_\_\_\_\_

(Si ricorda che il buono spesa non sarà 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 più componenti).

### SI IMPEGNA

a comunicare immediatamente le eventuali variazioni inerenti alla situazione economica che rendano possibile la soddisfazione delle necessità più essenziali e urgenti, autorizzando codesto Ente a effettuare le verifiche circa la veridicità delle dichiarazioni sostitutive rese sopra in conformità 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 è 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, è da intendersi come riferito al soggetto impedito o incapace nell'interesse o per conto del quale è 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 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>

Rientrano in tale categoria: Reddito di Cittadinanza, Carta acquisti ordinaria, pensione sociale e assegno sociale, pensione di inabilità, contributi economici di sussistenza erogati dal Comune, nonché gli ammortizzatori sociali (CIG, NASpl e DIS-COLL).

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.