

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE  
AL FONDO DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE DI CUI AL DECRETO “RISTORI TER”**

\_\_I\_\_ sottoscritt\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

identificato a mezzo \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

C. F. \_\_\_\_\_

utenza telefonica \_\_\_\_\_

eventuale indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere destinatario delle risorse del Fondo di Solidarietà Alimentare attraverso l'erogazione dei buoni spesa istituiti con il decreto “Ristori Ter”, approvato dal Consiglio dei Ministri il 20 novembre 2020 con le modalità introdotte con l'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658/2020, spendibili per l'acquisto di soli prodotti alimentari, medicinali, per l'igiene personale e ambientale presso esercizi commerciali presenti nel territorio comunale.

**Il sottoscritto consapevole delle responsabilità penali in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/200, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti a seguito del provvedimento emanato, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445**

**D I C H I A R A**

di trovarsi in una delle seguenti condizioni (barrare l'opzione che ricorre):

☐ nuclei familiari/persone esposte agli effetti economici dell'emergenza; quindi persone che in ragione dei provvedimenti restrittivi finalizzati al contenimento del contagio, hanno perso – anche temporaneamente - completamente o in parte la loro fonte di reddito (sia dipendenti, che liberi professionisti e collaboratori coordinati e continuativi, lavoratori autonomi, lavoratori stagionali, lavoratori agricoli, ecc...)

☐ nuclei familiari il cui datore di lavoro ha richiesto ammissione al trattamento di sostegno al reddito, ai sensi del D.L. 18/2020

☐ nuclei famigliari assegnatari di sostegno pubblico (reddito di cittadinanza, reddito di inclusione, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)

## DICHIARA ALTRESI'

☐ di essere residente a Sannazzaro de' Burgondi

☐ di essere cittadino italiano oppure appartenere ad uno Stato dell'Unione Europea;

☐ di avere cittadinanza in uno Stato non appartenente all'Unione Europea e di possedere regolare permesso di soggiorno in corso di validità;

☐ che il proprio nucleo familiare è complessivamente composto da n. \_\_\_\_\_ persone, di cui al presente prospetto:

| Nome e cognome | Data di nascita | Relazione di parentela con il richiedente |
|----------------|-----------------|-------------------------------------------|
|                |                 |                                           |
|                |                 |                                           |
|                |                 |                                           |
|                |                 |                                           |
|                |                 |                                           |
|                |                 |                                           |
|                |                 |                                           |
|                |                 |                                           |

☐ che il nucleo familiare vive in un'abitazione (barrare l'opzione che ricorre):

☐ di proprietà                      ☐ locazione alloggio pubblico                      ☐ locazione alloggio privato

☐ comodato d'uso gratuito                      ☐ altro \_\_\_\_\_

con canone mensile pari ad € \_\_\_\_\_

☐ che i componenti il nucleo familiare sono proprietari/comproprietari di altre proprietà immobiliari, oltre alla casa di abitazione, da cui derivano canoni di locazione pari ad € \_\_\_\_\_ mensili

☐ che uno dei componenti il nucleo familiare ha contratto un mutuo per l'acquisto della casa di abitazione (specificare l'ammontare della rata mensile del mutuo € \_\_\_\_\_)

e che

- ☐ ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo
- ☐ ha ottenuto la sospensione del pagamento del mutuo

- ☐ non ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo

☐ di godere di misure pubbliche a sostegno del reddito (es. cassa integrazione, indennità di disoccupazione, reddito di cittadinanza, NASPI, reddito di inclusione ecc.) e pertanto di essere a conoscenza che la propria domanda sarà posta in coda alla graduatoria, previa valutazione sulla base dei criteri elencati all'art. 4 dell'Avviso e finanziata con il 50% del contributo spettante

☐ che nel corso del mese di novembre 2020 il proprio nucleo familiare ha potuto beneficiare delle seguenti entrate economiche:

stipendio pari ad € \_\_\_\_\_

pensione pari ad € \_\_\_\_\_

(qualora uno dei componenti la famiglia fosse titolare di pensione)

fatturato pari ad € \_\_\_\_\_

cassa integrazione € \_\_\_\_\_

reddito di cittadinanza € \_\_\_\_\_

reddito di inclusione € \_\_\_\_\_

NASPI € \_\_\_\_\_

altre forme di sostegno locale € \_\_\_\_\_

altre forme di sostegno regionale € \_\_\_\_\_

☐ di disporre di depositi bancari/postali al 30.11.2020 superiori ad € 10.000,00 (diecimila/00)

☐ di non disporre di depositi bancari/postali al 30.11.2020 superiori ad € 10.000,00 (diecimila/00)

☐ che, a seguito dell'emergenza epidemiologica da virus Covid 19 e cioè a seguito dei DPCM che si sono susseguiti dal 23 febbraio 2020, sono intervenuti i seguenti cambiamenti relativi alla situazione lavorativa del proprio nucleo familiare (chiusura ditte per le quali lavoravano i componenti il nucleo familiare, chiusura dell'attività anche in proprio in quanto servizi non essenziale, altro, ecc...) che hanno arrecato una diminuzione o un azzeramento delle disponibilità economiche  
*specificare*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

☐ che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato istanza di accesso al Fondo di

Solidarietà Alimentare a seguito del decreto “Ristori ter” approvato dal Consiglio dei Ministri il 20 novembre 2020 con le modalità introdotte con l’Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29.03.2020

### **DICHIARA ALTRESI’**

☐ di essere a conoscenza che le domande presentate e dichiarate ammissibili saranno poste in apposita graduatoria sulla base dei criteri e relativi punteggi di cui all’art. 4 dell’Avviso

☐ di essere a conoscenza che i buoni saranno erogati fino ad esaurimento delle risorse economiche assegnate al Comune di Sannazzaro de’ Burgondi

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio (Regolamento GDPR), 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

### **Si allega:**

- **copia documento d’identità in corso di validità**
- **copia del codice fiscale**
- **copia del permesso di soggiorno in corso di validità in caso di cittadino di uno Stato non appartenente all’Unione Europea**