

Al Comune di .....

Ufficio Servizi Sociali

**OGGETTO: Domanda di ammissione alle misure urgenti di solidarietà alimentare.**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in questo comune in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel./cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**chiede**

di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare, definite da questa amministrazione a seguito dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 658 del 30/03/2020;

**dichiara**

- di far parte di un nucleo familiare particolarmente esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e di essere in stato di bisogno, in quanto:

[illustrare sinteticamente le ragioni dello stato di bisogno]

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- che nessuno del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico

**Allega fotocopia carta d'identità** o di altro documento di identità ed autorizza i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (es. *anagrafe, servizi sociali ecc.*) e nazionali (es. *INPS, Guardia di Finanza ecc.*) e dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.

Autorizza il trattamento dei dati personali a mente della normativa nazionale e comunitaria in materia di privacy.

Lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

**SPAZIO RISERVATO AI SERVIZI SOCIALI**

Acquisiti i seguenti documenti:

- Visura relativa allo stato di famiglia anagrafico;  
 Documenti relativi ad altri contributi comunali, regionali e nazionali  
 .....

l'istante:

- Viene ammesso ai seguenti benefici:  
 Viene escluso da ogni beneficio per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lì, .....

Il Responsabile del servizio

\_\_\_\_\_