

Al Signor Sindaco  
Al Responsabile Ufficio Servizi Sociali  
del Comune di Bagnoli di Sopra

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale  professione \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

#### Consapevole:

- che ai sensi dell'articolo 76, comma 1, del DPR 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità in atti, l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale;
- che ai sensi dell'art. 75 del DPR n. 445/2000, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguiti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazioni non veritiere;
- che ai sensi dell'articolo 71 del DPR 445/2000, **l'ente pubblico ha l'obbligo di effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità di quanto dichiarato**, ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000;
- che tutte le informazioni potranno essere trasmesse alla Guardia di Finanza per i controlli di rito sulla veridicità degli stessi ai sensi L. 28.08.2016, n. 174;

#### CHIEDE

di essere ammesso al beneficio del progetto "Solidarietà alimentare"

#### DICHIARA

- di essere residente nel comune di Bagnoli di Sopra
- che non dispone di una giacenza bancaria/postale, alla data del 29/03/2020, superiore a 5000,00 euro
- che il proprio nucleo familiare (come da stato di famiglia) oltre al dichiarante stesso, è così composto:

Nominativo	Luogo e data di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela

- Il sottoscritto chiede, come previsto dall'ordinanza n.658 del 29/03/2020, di essere destinatari\_ delle risorse di solidarietà alimentari per i seguenti motivi (barrare l'opzione che interessa):
  - a causa dell'epidemia in corso ha perso il lavoro svolto in precedenza;
  - a causa dell'epidemia in corso ha dovuto chiudere l'attività commerciale o artigiana di cui è titolare;
  - a causa dell'epidemia in corso ha dovuto rinunciare ai lavori occasionali con i quali sosteneva la propria famiglia;
  - di non poter svolgere alcuna attività lavorativa in quanto posto in quarantena a causa dell'epidemia;
  - è inoccupato o disoccupato, al pari di tutti i componenti il nucleo familiare, e a causa dell'epidemia in corso ha dovuto interrompere la ricerca di un lavoro;
  - di non beneficiare di ammortizzatori sociali (quali ad esempio: reddito di cittadinanza, cassa integrazione, assegno ordinario ...);
  - di beneficiare del seguente ammortizzatore sociale: \_\_\_\_\_ per l'importo di € \_\_\_\_\_.
  - altro (specificare).

- Nel nucleo familiare non sono presenti presone con intolleranze alimentari o allergie (se si indicare quali)

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 679/2016).

Data

firma

Si allega alla presente fotocopia del documento d'identità del dichiarante.