

**AL SINDACO
DEL COMUNE DI
PONTE DI PIAVE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTA-
RE – ORDINANZA N° 658 DEL 29/03/2020**

 I sottoscritt.....
nat_ a..... il
residente a.....Via.....
tel./cell. e-mail

**ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria personale responsabi-
tà ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false
dall'art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali
in materia**

D I C H I A R A

1 – che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone di seguito elencate:

| Nome e cognome | Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero...) | Professione (lavoratore, studente, disoccu- pato...) |
|-----------------------|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |

2. che i suindicati componenti in età adulta si trovano

| Nominativo | Lavoratore dipendente/autono- mo regolarmente in atti- vità | Lavoratore dipendente/autono- mo in attività ridotta per effetto dell'emergenza COVID-19 | Disoccupato per effetto dell'emergenza COVID-19 | Disoccupato da data antecedente dell'emergenza COVID-19 |
|-------------------|--|---|--|--|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |

3_ di essere nucleo familiare o persona singola già in carico al Servizio Sociale per situazioni di criticità, fragilità, multiproblematicità, (non beneficiarie di Reddito di Inclusione o di Reddito di Cittadinanza) :

- di essere nucleo familiare di cui facciano parte minori;
- nucleo monogenitoriale privo di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori;
- presenza nel nucleo familiare di disabilità permanenti associate a disagio economico;
- nucleo familiare con situazioni di patologie che determinano una situazione di disagio socioeconomico;

- Nucleo familiare monoreddito in cui il titolare ha richiesto trattamento di sostegno al reddito o il datore di lavoro ha richiesto ammissione al trattamento di sostegno del reddito, ai sensi del D.L. 18/2020, o il datore di lavoro abbia sospeso e/o ridotto l'orario di lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore.

- Persone che non sono titolari di alcun reddito

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ponte di Piave,

Firma

(Allegare valido documento di identità)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA DI ESSERE INFORMATO, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEL GDPR UE 2016/679, CHE I DATI PERSONALI RACCOLTI SONO OBBLIGATORI PER IL CORRETTO SVOLGIMENTO DELL'ISTRUTTORIA E SARANNO TRATTATI, ANCHE CON STRUMENTI INFORMATICI, ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO DEL PROCEDIMENTO PER IL QUALE LA PRESENTE DICHIARAZIONE VIENE RESA.

DATA _____

firma in originale
(da apporre a pena d'esclusione - non è richiesta l'autentica)