**RICHIESTA MISURA DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARE**

**(Ordinanza n. 658 del 29.03.2020 del Dipartimento della Protezione Civile)**

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ luogo di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titolare del seguente titolo di soggiorno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci che, a seguito dell’emergenza sanitaria per COVID-19, si trova in una o più di queste situazioni:

* Lavoratore senza stipendio/sussidio dal mese di ……..;
* Lavoratore Autonomo che ha dovuto interrompere l’attività dal ……………;
* Disoccupato a causa delle restrizioni (colf, assistente familiare, etc) dal ……………;
* Persona che attualmente non percepisce nessun tipo di entrata economica o ammortizzatore sociale (esclusi dal beneficio percettori di Reddito di Cittadinanza per un importo superiore a € 400,00 mensili, Assegno di Disoccupazione e Cassa Integrazione Guadagni);
* Nucleo familiare con Reddito di Cittadinanza sospeso od interrotto;
* Nucleo familiare in vulnerabilità economica aggravata dalla situazione di emergenza sanitaria;
* Nucleo familiare con positivi al Covid19 con rilevanti spese farmaceutiche;
* Nucleo familiare non in possesso di patrimonio immobiliare esclusa 1° casa;
* Nucleo familiare non in possesso di patrimonio mobiliare o fondi liquidi superiore ai 5.000,00 euro alla data della presentazione della domanda.

A seguito di questa situazione **chiede** di poter accedere alla misura di Solidarietà Alimentare di cui all’Ordinanza del Dipartimento della Protezione Civile n.658/2020.

A tal fine dichiara che il proprio nucleo famigliare è composto dalle seguenti persone e che sono presenti:

n. …… Persone ultra 75enni al momento di presentazione della presente istanza;

n. ……. Minori inferiori ai 3 anni di età al momento di presentazione della presente istanza.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome Nome - Codice Fiscale  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  |  |  |

Dichiara che nessun componente del nucleo familiare usufruisce di sostegni economici pubblici ovvero che usufruisce dei seguenti sussidi o forme di aiuto pubblico:

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

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

Allega copia della Carta d’Identità

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | FIRMA LEGGIBILE  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |