

## 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 \_\_\_\_\_

### D I C H I A R A

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 familiare 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

---

---