## Allegato C

## Al SERVIZIO SOCIALE DEL COMUNE

## DI ARPINO

l sottoscritto/a

nato/a a il codice fiscale:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Carta Identità n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciata da\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_

recapiti telefonici

indirizzo di posta elettronica

## CHIEDE L’EROGAZIONE DEL

**CONTRIBUTO STRAORDINARIO UNA TANTUM PER EMERGENZA COVID-19**

A TAL FINE DICHIARA:

consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,

* **CHE IL NUCLEO FAMILIARE E’ COMPOSTO DA:**

**(IL NUCLEO FAMILIARE DICHIARATO DEVE ESSERE CORRISPONDENTE A QUELLO DELLO STATO DI FAMIGLIA)**

*indicare nome cognome data di nascita e grado di parentela (madre, padre, figlio ecc*.) *e occupazione (studente, lavoratore, disoccupato, pensionato…)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME E COGNOME** | **DATA DI NASCITA** | **GRADO DI PARENTELA** | **OCCUPAZIONE/TITOLARITA’ DI PENSIONE/REDDITO DI CITTADINANZA**  **CASSA INTEGRAZIONE/**  **PARTITA IVA/ ASSEGNO DI DISOCCUPAZIONE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **DI AVERE LA CITTADINANZA**

* ITALIANA
* DI UNO STATO APPARTENENTE ALL’UNIONE EUROPEA
* DI UNO STATO NON APPARTENENTE ALL’UNIONE EUROPEA, IN POSSESSO DI REGOLARE PERMESSO DI SOGGIORNO IN CORSO DI VALIDITA’

1. **DI ESSERE BENEFICIARIO DEL REDDITO DI CITTADINANZA**

* SI IMPORTO €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* NO

1. **DI ESSERE BENEFICIARIO DELL’ASSEGNO DI DISOCCUPAZIONE**

* SI IMPORTO €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* NO

1. **DI ESSERE TITOLARE DI PARTITA IVA**

* SI
* NO

1. **DI ESSERE BENEFICIARIO DI PENSIONE (OVVERO SPECIFICARE IL COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE TITOLARE DI PENSIONE)**

* SI IMPORTO €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* NO

1. **DI ESSERE BENEFICIARIO DI CASSA INTEGRAZIONE**

* SI IMPORTO €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* NO

1. **DI NON AVERE ATTUALMENTE DISPONIBILITA’ FINANZIARIA PER PROVVEDERE AI BENI DI PRIMA NECESSITA’**

* SI
* NO

1. **DI AVERE NECESSITA’DI ACQUISTARE**

**FARMACI  SI  NO**

**GENERI ALIMENTARI  SI  NO**

## DOCUMENTI DA ALLEGARE:

## CARTA D’IDENTITA’

## CODICE FISCALE

## IL SOTTOSCRITTO CON LA PRESENTE RICHIESTA DICHIARA:

* di essere a conoscenza che saranno effettuati controlli a campione in merito alle dichiarazioni rese ai sensi del DPR 445/00;
* di assumersi la responsabilità di informare repentinamente l’Ufficio dei Servizi Sociali qualora mutino le condizioni per le quali si richiede la prestazione;
* di aver preso visione della delibera di giunta comunale n 139 del 15/12/2020.

Luogo e data, FIRMA