



Al Servizi Sociali del
Comune di Avola

Email: solidarietaalimentare@comune.avola.sr.it

Consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.p.R 28/12/2000, n.445,

Il sottoscritto/a _____

intende presentare la presente domanda;

Oggetto: Domanda di Assegnazione concessione degli interventi di solidarietà alimentare

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____ il

_____ Residente in _____ Via _____

C.F. _____ Tel/Cell _____

E-mail _____ PEC _____

Nella qualità di intestatario del proprio nucleo familiare, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e della decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere di cui all'Art. 75 del D.P.R. 445/2000, ai sensi e per gli effetti degli Art.li 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità;

Chiede di accedere all'assegnazione degli interventi di solidarietà alimentare destinati alle famiglie residenti nel Comune di Avola in difficoltà. A tal fine,

DICHIARA

- Di godere dei diritti civili e politici; -
- Di trovarsi in una delle seguenti condizioni:
- Il numero dei componenti del proprio nucleo familiare e di n. ____ persone composto, oltre il sottoscritto, da:

1	Nato a	il	(grado di Parentela)
2	Nato a	il	(grado di Parentela)
3	Nato a	il	(grado di Parentela)
4	Nato a	il	(grado di Parentela)
5	Nato a	il	(grado di Parentela)
6	Nato a	il	(grado di Parentela)
7	Nato a	il	(grado di Parentela)

- Di essere residente nel Comune di Avola (contrassegnare le lettere d'interesse nel seguente prospetto)

A		Non percepire alcun reddito da lavoro, né da rendite finanziarie continuativo di alcun genere;
B		Non essere destinatario di alcuna forma di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominata (indicativamente: Reddito di Cittadinanza, REI, Naspi, Indennità di mobilità, CIG, pensione, ecc.
C		(in alternativa al punto B) essere destinatario a valere su precedenti forme di sostegno pubblico, a qualsiasi titolo e comunque denominato per un importo pari a € _____ (specificare l'importo)

Di trovarsi nella seguente condizione (barrare le opzioni interessate):

- Grave disagio socio economico a seguito di repentino mutamento della condizione occupazionale verificatosi dal _____ o Disoccupati e/o Inoccupati dal _____;
- Presa in carico dal servizio sociale professionale per situazione di criticità, fragilità, multiproblematicità;
- Nucleo numeroso di cui n. ____ minori;
- Nucleo monogenitoriale, privo di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori;
- Componente in condizione di disabilità grave;
- Percettori o non percettori di Reddito di Cittadinanza (INDICARE IMPORTO € _____)
- Percettori o non percettori di Ammortizzatori Sociali, quali NASPI, ASDI E DIS-COLL (INDICARE IMPORTO € _____)
- Percettori o non percettori di Cassa Integrazione in deroga (INDICARE IMPORTO €_ . _____)
- Condizione transitoria di malattia che determina disagio socio economico
- Altro (Specificare) _____
- ISEE (indicare importo) _____
- Di essere a conoscenza che l'Amministrazione Comunale procederà, anche con modalità a campione, ai controlli sulle dichiarazioni reddituali e sulle autodichiarazioni prodotte con la presente Domanda/Dichiarazione e qualora dai controlli, dovessero emergere abusi o false dichiarazioni, fatta salva l'attivazione delle procedure di legge per perseguire il mendacio, sarà disposta la revoca dei benefici concessi.
- Di essere informato/a che, ai sensi di del Regolamento UE 2016/679 e del decreto legislativo 196/2006, i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente Domanda/dichiarazione viene resa.

Firma

Allegato obbligatorio: Copia documento identità

Copia tessera sanitaria

Attestazione ISEE in corso di validità