



COMUNE DI RIESI

DOMANDA DI EROGAZIONE DI SOSTEGNO ECONOMICO PER EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID 19 In attuazione della OCDPC n. 658 del 29/03/2020

Il/La sottoscritto/a _____

Identificato con documento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____

CHIEDE

il riconoscimento del sostegno economico per emergenza epidemiologica COVID 19 In attuazione della OCDPC n. 658 del 29/03/2020. A tal fine **Consapevole** delle **CONSEGUENZE PENALI** in materia di false dichiarazioni e delle norme vigenti in materia di atto di notorietà

DICHIARA

che il proprio nucleo familiare risultante all'anagrafe oltre il sottoscritto è così composto:

N.	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita

- Di essere nato/a _____ prov. (_____) il _____
- Di essere residente in RIESI, in Via/Piazza _____
- Di trovarsi in stato di disoccupazione/inoccupato;
- Di avere perso il lavoro o chiuso l'attività a causa dell'emergenza epidemiologica da Covid -19;
- Che nessun componente il nucleo familiare è percettore di Reddito di Cittadinanza;
- Che uno o più componenti il nucleo familiare è percettore di **Reddito di Cittadinanza** per un importo mensile di €. _____;
- Che uno dei componenti il nucleo familiare è titolare di reddito di cittadinanza attualmente sospeso, revocato o decaduto;
- di trovarsi in difficoltà economiche causate dall'emergenza Coronavirus in quanto, essendo di professione: _____ ha subito conseguenze economiche sulla capacità di produrre il reddito occorrente al proprio sostentamento, perché: _____
- Che nessun componente il nucleo familiare è assegnatario attualmente di ammortizzatori sociali (**Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, Cassa Integrazione in deroga, bonus INPS, etc.**);
- Che uno o più componenti il nucleo familiare usufruisce dei seguenti ammortizzatori sociali e/o di altra forma di sostegno economico da parte di Enti pubblici, compresa la pensione (specificare):
- _____ Importo mensile € _____
- _____ Importo mensile € _____
- Che almeno un componente del nucleo familiare ha fatto domanda in qualità di libero professionista, titolare di partita IVA, lavoratore agricolo a tempo determinato per **BONUS INPS di € 600,00 per emergenza COVID – 19** o altre misure previste dal Decreto CURA ITALIA;
- Che il reddito familiare mensile complessivo attualmente è pari ad € _____;
- Di avere un alloggio in affitto;
- Di essere stato assistito negli ultimi 30 giorni da **CROCE ROSSA** o da altro Ente/Associazione di volontariato per l'importo o l'equivalente di € _____;

A corredo della presente il sottoscritto dichiara, altresì, che tutti i componenti del proprio nucleo familiare rientrano nelle casistiche sopra indicate e di essere economicamente impossibilitato all'acquisto di generi di prima necessità.

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di essere consapevole delle responsabilità civili e penali, sulla base della legislazione vigente, di una falsa dichiarazione e che essa comporterà altresì l'esclusione dai benefici;
- di aver preso atto che i dati personali, verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e con la presente ne autorizza l'utilizzo;
- di fare riferimento ai seguenti **recapiti in caso di comunicazione:**

Telefono . _____ **indirizzo e-mail** _____

Riesi, _____

Firma del richiedente