



COMUNE DI FARA GERA D'ADDA

**Allegato A3 – domanda**

Al Sig. **Sindaco del Comune di  
Fara Gera d'Adda**

**OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE ANCHE A SEGUITO  
DELLE DIFFICOLTA' ECONOMICHE DERIVANTI DALL'EMERGENZA SANITARIA COVID 19 – ANNO  
2021- DL 73/21**

Io sottoscritto/a.....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... in via ..... codice  
fiscale .....,  
telefono .....; email .....

**CHIEDE**

Che il proprio nucleo familiare venga ammesso al contributo di solidarietà alimentare come da deliberazione di G.M. n°\_\_- del \_\_\_\_

Consapevole che ai sensi dall'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, si potrà procedere ad idonei controlli volti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e, in caso di non veridicità, sarà soggetto alle sanzioni previste dal Codice Penale, secondo quanto disposto nell'art. 76 stesso D.P.R., nonché alla revoca del beneficio e al risarcimento del danno ai sensi dell'art. 75 del sopra citato D.P.R. n. 445/2000.

**DICHIARA** (barrare e compilare in tutte le parti)

- ☐ Di essere residente nel Comune di Fara Gera d'Adda;
- ☐ Per i cittadini non italiani: di avere un titolo di soggiorno che autorizza la permanenza sul territorio dello Stato italiano;
- ☐ Di essere in possesso di attestazione ISEE anno 2021 rilasciata da INPS con n° di protocollo ..... il cui valore economico ammonta a € .....
- ☐ Che il proprio nucleo familiare ai fini ISEE, oltre al richiedente è così composto:

NOME E COGNOME FAMILIARE	CODICE FISCALE



COMUNE DI FARA GERA D'ADDA

**Allegato A3 – domanda**


**DI ESSERE IN UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI CHE DANNO DIRITTO ALL'ACCESSO AL CONTRIBUTO**

- ☐ Perdita del lavoro per licenziamento del/la Sig./Sig.ra .....  
dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegato obbligatorio: copia lettera di licenziamento).
- ☐ Accordi aziendali e sindacali con riduzione dell'orario di lavoro del/la Sig./Sig.ra  
.....Dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegato obbligatorio: copia  
**comunicazione di riduzione di attività lavorativa**).
- ☐ cassa integrazione ordinaria o straordinaria del/la Sig./Sig.ra  
..... dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegato obbligatorio: copia  
**comunicazione di sospensione dal lavoro**).
- ☐ cessazione di attività libero -professionale o di impresa registrate, derivanti da cause di forza  
maggiore o di perdita di avviamento in misura consistente del/la Sig./Sig.ra.....  
dal (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ (allegato obbligatorio: copia visura camerale)
- ☐ malattia grave del/la Sig./Sig.ra .....dal (mese/anno)  
\_\_\_\_/\_\_\_\_ , che ha comportato riduzione del reddito, anche per effetto di rilevanti spese  
mediche/assistenziali sostenute pari ad € .....

**(allegati obbligatori: copia del certificato medico o della struttura sanitaria o ospedaliera; copia delle fatture / ricevute fiscali relative alle spese mediche. Nel caso di spese interamente a carico del Servizio Sanitario, dovrà essere dimostrata la caduta di reddito dovuta alla malattia: es. certificato di invalidità, incapacità di svolgere le proprie mansioni, ecc.)**

- ☐ infortunio del/la Sig./Sig.ra .....dal (mese/anno)  
\_\_\_\_/\_\_\_\_, che ha comportato riduzione del reddito, anche per effetto di rilevanti spese  
mediche/assistenziali sostenute pari ad € ..... **(allegati obbligatori: copia certificazione  
infortunio; copia delle fatture / ricevute fiscali relative alle spese mediche)**



COMUNE DI FARA GERA D'ADDA

**Allegato A3 – domanda**

- ☐ Decesso del/la Sig./Sig.ra ..... in data (mese/anno) \_\_\_\_/\_\_\_\_ che ha comportato una riduzione del reddito (**allegati obbligatori: copia certificato di morte**)
- ☐ Altra condizione di difficoltà economica (**specificare e allegare documentazione che comprova la condizione certificazioni relative a mutui, finanziamenti, cessioni del quinto**) .....

**DICHIARA INOLTRE**

- ☐ Di non avere beneficiato della misura di solidarietà alimentare gestita dal Comune (buoni-spesa / pacchi alimentari di cui alla Ordinanza di Protezione Civile 658/2020- seconda tranche di finanziamenti statali dicembre 2020);
- ☐ Di non essere beneficiario di altri sostegni economici, (es. Reddito di Cittadinanza, Naspi, altri contributi comunali e di ambito) percepiti nel 2021.

**ALLEGA ALLA PRESENTE**

- ☐ copia della carta di identità del richiedente in corso di validità;
- ☐ per i cittadini stranieri copia di un titolo di soggiorno che autorizza la permanenza sul territorio dello stato;
- ☐ certificazioni relative a mutui, finanziamenti, cessioni del quinto.

**Luogo e Data**

**Firma del dichiarante**

.....

.....

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto .....  
ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e s.m.i., del D.Lgs n. 101 del 10/08/2018 (Adeguamento normativa al Regolamento UE 2016/679), con la firma in calce esprime il consenso ed autorizza il trattamento dei propri dati personali ai fini esclusivi della gestione della presente domanda di ammissione al contributo di cui sopra e ai fini della eventuale erogazione dello stesso. Al dichiarante sono riconosciuti tutti i diritti di cui agli artt. 13-22 del D.Lgs. n. 101/2018 e i diritti previsti dagli articoli da 15 a 21 del Regolamento UE 679/16 : tali diritti potranno essere fatti valere rivolgendo richiesta a Comune di Fara Gera d'Adda in qualità di Responsabile al trattamento dei dati.

**Luogo e Data**

**Firma del dichiarante**

.....

.....