



COMUNE DI FARÀ GERA D'ADDA

Allegato A3 – domanda

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

**OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE AL CONTRIBUTO DI SOLIDARIETÀ 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 FARÀ 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.radal (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.radal (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 FARÀ 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 tranne 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

.....