



**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLE MISURE URGENTI DI
SOLIDARIETÀ ALIMENTARE – EMERGENZA SANITARIA
LEGATA AL DIFFONDERSI DEL VIRUS COVID-19**

Comune di Brogliano
Ufficio Servizi Sociali

Il/La sottoscritto/a:

Cognome e Nome:		
Nato/a a:	il:	
Residente a:	in Via:	
CF:		
Telefono:	Cellulare:	
mail:		
Cittadinanza:		
Titolo di soggiorno:		N°:
Rilasciato da:	Il:	Data di scadenza:

CHIEDE

di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare, definite da questa Amministrazione a seguito dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 658 del 30/03/2020 e di poter beneficiare di un contributo sotto forma di buono alimentare.

A tal proposito, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

- di essere residente nel Comune di Brogliano (VI)
- che il proprio nucleo è così composto:

	<i>cognome e nome</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>data nascita</i>	<i>rapporto parentela</i>
1				dichiarante
2				
3				
4				
5				
6				

- di essere in condizioni di difficoltà economica e/o di avere un reddito insufficiente a garantire i bisogni alimentari della propria famiglia a causa dei provvedimenti assunti in attuazione delle misure di contenimento del contagio da Covid19 per i seguenti motivi (es. indicare da quando il reddito familiare si è ridotto e per quale motivo, l'ultimo stipendio percepito dai componenti il nucleo ed il relativo ammontare ed ogni altra causa idonea a giustificare la richiesta)

- di essere privo di reddito sufficiente a garantire i bisogni alimentari di sé stesso e della propria famiglia
- che il proprio nucleo familiare non dispone di una giacenza bancaria/postale, alla data del 31.03.2020, superiore a € 5.000,00 e che non possiede titoli mobiliari o di Stato, obbligazioni, buoni fruttiferi, investimenti finanziari o simili immediatamente smobilizzabili.

Dichiara inoltre :

- di _____ (**essere / non essere**) assegnatario/a di altro sostegno pubblico (RdC, Rei, Naspi, indennità di mobilità, altre forme di sostegno a livello locale o regionale) per un ammontare mensile di € _____;

- che i componenti del nucleo familiare _____ (**sono/non sono**) assegnatari di sostegno pubblico (OPCM n. 658 del 29.03.2020) e se del caso indicare quali sono i beneficiari:

e il tipo di sostegno: _____

- di essere consapevole che l'Amministrazione, in qualsiasi momento, potrà verificare l'autenticità di quanto dichiarato. Pertanto autorizza i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (*es. anagrafe, servizi sociali ecc.*) e nazionali (*es. INPS, Guardia di Finanza ecc.*).

Il sottoscritto si impegna comunicare al Comune ogni significativo mutamento migliorativo accertato nella situazione economica complessiva del nucleo familiare.

Allega fotocopia carta d'identità o di altro documento di identità.

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI:

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (General Data Protection Regulation), dichiara di essere stato informato/a:

- sulla necessità del conferimento dei dati al fine di permettere all'ente di elaborare la richiesta e che un eventuale rifiuto al conferimento dei dati comporta il non accoglimento della richiesta stessa;

- sulle finalità di utilizzo e sulle modalità di gestione dei dati conferiti con la presente istanza, i quali saranno oggetto di trattamento da parte del Comune di Brogliano secondo la normativa vigente in materia e saranno comunicati agli esercenti commerciali per consentire l'utilizzo del bonus alimentare;

Il Titolare del trattamento è il Comune di Brogliano. Il Responsabile della Protezione dei dati / *Data Protection Officer* è il Sig. Mantovani Claudio per conto della Ditta "Valuenet snc di C. Mantovani & C." con sede a Verona in Via Brigata Aosta n. 111.

Brogliano, _____

(firma per esteso e leggibile)

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI

L'istanza:

- Viene ammessa al beneficio con le seguenti modalità (prioritario/non prioritario): _____
- Buono alimentare di € _____
(n. classificazione dei Buoni: _____)
- Viene esclusa da ogni beneficio per i seguenti motivi: _____

Brogliano, _____

Assistente Sociale
