

o Contributi Regionali

Specificare _____,

dell'importo mensile di € _____

di percepire / non percepire altre forme di sostegno economico previste dal D.L. 17/03/2020 n. 18 (c.d. Decreto "Cura Italia") pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 70 del 17/03/2020 (es. ammortizzatori sociali, integrazione salariale, congedi, riduzioni orarie, indennità di sostegno) : indicare la misura di sostegno e l'importo:

.....

di avere / non avere accesso a forme di sostegno alimentare (es. banco Alimentare, Caritas, ecc.);

di non percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare pubblico;

di percepire redditi di pensione, indennità di disoccupazione o da altra fonte di sostegno di welfare pubblico nella misura mensile di € _____;

di essere / non essere proprietario di immobili (con esclusione della casa di abitazione);

che uno dei componenti il nucleo familiare ha contratto/non ha contratto un mutuo per l'acquisto della casa di abitazione (specificare l'ammontare della rata mensile del mutuo che è di € e che ha presentato/non ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo) **(ALLEGARE ESTRATTO CONTO CORRENTE CHE ATTESTI L'IMPORTO PAGATO)**

che uno dei componenti il nucleo familiare ha in essere un contratto di locazione per la casa di abitazione (specificare l'ammontare della rata mensile di affitto che è di € **(ALLEGARE COPIA CONTRATTO)**

di avere disponibilità economiche (per sé e/o il proprio nucleo familiare) su conti correnti bancari, postali, ecc...:

- alla data del 29/03/2020 pari ad euro

- alla data della presente richiesta pari ad euro

(ALLEGARE CERTIFICAZIONE DI BANCA / POSTA)

di trovarsi nella seguente condizione di bisogno a causa dalla situazione emergenziale in atto (COVID-19):

o perdita del lavoro dipendente _____

o perdita del lavoro autonomo _____

o altro (specificare)

- ☐ di aver perso il lavoro in conseguenza delle restrizioni imposte dai provvedimenti adottati da Governo in materia di contrasto al diffondersi del contagio da COVID-19. A tal fine dichiara che era impiegato presso _____, con la mansione di _____ e che il rapporto si è interrotto in data ____/____/____;

DICHIARAZIONE SULLO STATO DI FAMIGLIA

Nome e cognome	Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero...)	Professione (lavoratore, studente, disoccupato...)
1
2
3
4
5

Tanto sopra premesso, il/la sottoscritto/a chiede, come previsto dall'ordinanza n. 658 del 29.03.2020, di essere destinatario/a delle risorse di solidarietà alimentari per i seguenti motivi (es. *indicare da quando il reddito familiare si è ridotto, l'ultimo stipendio percepito dai componenti il nucleo ed il relativo ammontare ed ogni altra causa idonea a giustificare la richiesta*):

.....

Il sottoscritto dichiara infine di aver preso atto che i dati personali presenti nella presente istanza / autodichiarazione verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D. Lgs. N. 196/2003 e ss.mm.ii. e con la presente ne autorizza l'utilizzo. Titolare del trattamento è il Comune di Maser.

MASER, ____/____/_____

Firma

Allega: copia documento d'identità in corso di validità o eventuale delega del richiedente

Di seguito il recapito per comunicazioni e consegna dei buoni spesa:

Piazza/ Via _____ Scala/Interno _____

Nome sul citofono _____

Altro recapito telefonico _____