

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Carta Identità n° \_\_\_\_\_ rilasciata da \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_

**CHIEDE L'EROGAZIONE DEL  
CONTRIBUTO STRAORDINARIO UNA TANTUM PER EMERGENZA COVID-19**

A TAL FINE DICHIARA:

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.p.r. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità,

☐ **CHE IL NUCLEO FAMILIARE E' COMPOSTO DA:**

**(IL NUCLEO FAMILIARE DICHIARATO DEVE ESSERE CORRISPONDENTE A QUELLO DELLO STATO DI FAMIGLIA)**

*indicare nome cognome data di nascita e grado di parentela (madre, padre, figlio ecc.) e occupazione (studente, lavoratore, disoccupato, pensionato...)*

<u>NOME E COGNOME</u>	<u>DATA DI NASCITA</u>	<u>GRADO DI PARENTELA</u>	<u>OCCUPAZIONE</u>

**1. DI AVERE LA CITTADINANZA**

- ☐ ITALIANA
- ☐ DI UNO STATO APPARTENENTE ALL'UNIONE EUROPEA
- ☐ DI UNO STATO NON APPARTENENTE ALL'UNIONE EUROPEA, IN POSSESSO DI REGOLARE PERMESSO DI SOGGIORNO IN CORSODI VALIDITA'

**2. DI ESSERE BENEFICIARIO DEL REDDITO DI CITTADINANZA**

- ☐ SI IMPORTO € \_\_\_\_\_
- ☐ NO

**3. DI ESSERE BENEFICIARIO DELL'ASSEGNO DI DISOCCUPAZIONE**

- ☐ SI IMPORTO € \_\_\_\_\_  
☐ NO

**4. DI ESSERE TITOLARE DI PARTITA IVA**

- ☐ SI  
☐ NO

**5. DI ESSERE BENEFICIARIO DI PENSIONE (SPECIFICARE IL COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE TITOLARE DI PENSIONE)**

- ☐ SI IMPORTO € \_\_\_\_\_  
☐ NO

**6. DI ESSERE BENEFICIARIO DI CASSA INTEGRAZIONE**

- ☐ SI IMPORTO € \_\_\_\_\_  
☐ NO

**7. DI NON AVERE ATTUALMENTE DISPONIBILITA' FINANZIARIA PER PROVVEDERE AI BENI DI PRIMA NECESSITA'**

- ☐ SI  
☐ NO

**8. DI AVERE NECESSITA' DI ACQUISTARE**

- |                          |                             |                             |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <b>FARMACI</b>           | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| <b>GENERI ALIMENTARI</b> | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

**DOCUMENTI DA ALLEGARE:**

- CARTA D'IDENTITA'
- CODICE FISCALE

**IL SOTTOSCRITTO SOTTOSCRIVENDO LA PRESENTE RICHIESTA DICHIARA:**

- ✓ di essere a conoscenza che saranno effettuati controlli a campione in merito alle dichiarazioni rese ai sensi del DPR 445/00;
- ✓ di assumersi la responsabilità di informare repentinamente l'Ufficio dei Servizi Sociali qualora mutino le condizioni per le quali si richiede la prestazione;
- ✓ di aver preso visione della delibera di giunta comunale n. 125 del 11/12/2020.

Luogo e data, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_