

## RICHIESTA EROGAZIONE MISURA URGENTE DI SOLIDARIETA' SOCIALE

La/il sottoscritta/a \_\_\_\_\_  
 nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 num. di telef. \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
 identificata/o a mezzo \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_  
 rilasciata il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

**Richiede** l'erogazione della misura urgente di solidarietà sociale ai sensi dell'ordinanza di Protezione civile n.658 del 29/03/2020 in base al D.L. 154 del 23/11/2020, art. 2.

**A tal fine, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)**

## D I C H I A R A

che la famiglia convivente ad oggi è composta come risulta dal seguente prospetto;

n.	cognome e nome	luogo di nascita	data nascita	rapporto parentela	professione
1					
2					
3					
4					
5					

che nessun componente della famiglia come sopra identificata percepisce un reddito che consenta il soddisfacimento delle necessità alimentari primarie;

**( consentita una sola casistica)**

Che nessun componente della famiglia come sopra identificata è beneficiario di sussidi o sostegni pubblici né in carico ai servizi sociali o ad enti che gestiscono sostegni socio-assistenziali;

*oppure*

che i seguenti componenti della famiglia come sopra identificata percepiscono i seguenti sostegni/sussidi (*reddito di cittadinanza, reddito di inclusione, Naspi, Cassa integrazione, contributi erogati dai servizi sociali ect*)

<i>nr.</i>	<i>cognome e nome</i>	<i>Tipologia Sostegno/sussidio</i>	<i>Importo mensile</i>
1			
2			
3			
4			
5			

Dichiaro che la situazione attuale del proprio nucleo familiare necessita della misura urgente di solidarietà alimentare per i seguenti motivi: *(es. interruzione attività lavorativa, assenza di reddito nell'ultimo mese a causa dell'emergenza covid-19 eventuali componenti con disabilità o in condizione di non autosufficienza, altri elementi utili per comprendere la situazione)* Specificare:

---



---

Autorizza il trattamento dei dati personali a mente della normativa nazionale e comunitaria in materia di privacy.

Per la consegna trasmettere per posta elettronica all'indirizzo mail: [info@comune.camagnamonferrato.al.it](mailto:info@comune.camagnamonferrato.al.it) o imbucare nella cassetta postale del Comune (di fronte al Postamat)

Camagna Monferrato \_\_\_\_\_

La/Il dichiarante

\_\_\_\_\_  
*(nel caso di impossibilità alla sottoscrizione l'Ufficio accerterà l'identità del richiedente)*

-----  
**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

Acquisiti i seguenti documenti:

- Visura relativa allo stato di famiglia anagrafico;**
- .....

l'istante:

- Viene ammesso ai benefici:**
- Viene escluso da ogni beneficio per i seguenti motivi:**

---



---

Lì, .....

**Il Sindaco**

---