

rapp. Parentela

☐ che nessuno del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico

Oppure

☐ che nel nucleo familiare ci sono i seguenti componenti che usufruiscono di forme di sostegno pubblico (indicare a fianco di ciascun componente quali forme*)

Componenti nucleo familiare

Forme di sostegno pubblico

(* forme di sostegno pubblico: Rdc, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, pensione di cittadinanza, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale)

☐ che le disponibilità finanziarie liquide complessive dei componenti del nucleo familiare al 30 novembre 2020 sono (barrare la casella di interesse):

- ☐ inferiore a 2.500 € se il nucleo ha un solo componente
- ☐ inferiore a 4.000 € se il nucleo ha più di un componente

Dichiaro, nel dettaglio, che le disponibilità finanziarie liquide complessive del nucleo familiare al 30/11 sono pari a:

(completare): €

☐ di utilizzare gli eventuali buoni entro il termine di 90 giorni dal ricevimento degli stessi (oltre tale termine non avranno valore), per l'acquisto dei generi previsti, presso uno dei negozi indicati e aderenti all'iniziativa pubblicati nel sito del Comune.

DI ESSERE A CONOSCENZA E ACCETTARE le seguenti condizioni di precedenza e priorità nell'assegnazione dei buoni alimentari:

- 1) Perdita del lavoro o significativa riduzione delle ore lavorate dal primo febbraio 2020 in poi;
- 2) Disponibilità finanziarie liquide complessive dei componenti del nucleo al 30 novembre 2020
 - ♦ inferiore a 2.500 € se il nucleo ha un solo componente
 - ♦ inferiore a 4.000 € se il nucleo ha più di un componente
- 3) Nessun componente del nucleo ha avuto erogato nel corso del 2020 il Reddito di cittadinanza, o di emergenza, o di solidarietà, o di inclusione, Naspi, indennità di mobilità o cassa integrazione, oppure pensione di cittadinanza;
- 4) Nucleo familiare con un solo componente che procura reddito;
- 5) Numero di componenti minori o disabili (con più dell'80% di invalidità).

Il/La sottoscritto/a autorizza altresì il trattamento dei dati personali GDPR 679/2016 (*Titolare del Trattamento Sindaco pro-tempore, sig. Walter STEFAN, Pec.: protocollo@pec.comune.saonara.pd.it; Responsabile della protezione dei dati (DPO) è il dr. Gilberto AMBOTTA, Pec.: gilberto.ambotta@mailcertificata.it – e-mail: ambottag@gmail.com.; Responsabile del trattamento è il Responsabile della P.O. n. 4 “Servizi alla Persona”, e-mail: paola.gomiero@comune.saonara.pd.it*)

e dà atto di essere a conoscenza e di accettare, inoltre:

- tutte le previsioni e indicazioni di cui alle Linee di Indirizzo pubblicate nel sito del Comune di Saonara;
- che la presentazione della presente istanza non dà diritto automaticamente all'accesso al beneficio richiesto, e di essere a conoscenza che i dati richiesti sono necessari ai fini di dar seguito a idonea istruttoria e graduatoria da parte dei competenti uffici, finalizzata all'eventuale inserimento nell'elenco degli aventi diritto al Fondo di solidarietà alimentare
- che il Comune si riserva di richiedere la documentazione giustificativa di quanto dichiarato nella presente domanda; eventuali dichiarazioni mendaci comportano il decadimento dal beneficio e saranno perseguite a norma di legge (*“Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci.....è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia...”*)

Si allega copia del DOCUMENTO D'IDENTITA' del richiedente.

Lì _____

(firma per esteso e leggibile)

anche come consenso al trattamento dati GDPR 679/2016

SPAZIO RISERVATO AI SERVIZI SOCIALI

Acquisiti i seguenti documenti:

- ☐ Visura relativa allo stato di famiglia anagrafico;
- ☐ Documenti relativi ad altri contributi comunali, regionali e nazionali
- ☐ Considerato il pieno rispetto nell'istruttoria di quanto indicato negli atti comunali e nella normativa nazionale di riferimento, anche per quanto riguarda i criteri di precedenza nell'accoglimento delle domande stabiliti con Deliberazione di G.C.;
- ☐ Visto che il modello di domanda è stato completato in ogni sua parte in maniera chiara e precisa;
- ☐ _____
- ☐ _____

l'istante:

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

Lì,

L'ASSISTENTE SOCIALE
