

*Spett.le  
Comune di MASIO  
via mail: protocollo@comune.masio.al.it*

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DI EROGAZIONE  
DI SOSTEGNO ECONOMICO PER EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID 19**  
*In attuazione della OCDPC n. 658 29/03/2020*

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel. fisso \_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_

E mail \_\_\_\_\_

Carta Identità n° \_\_\_\_\_ rilasciato da: \_\_\_\_\_

Consapevole delle conseguenze penali in materia di false dichiarazioni e delle norme vigenti in materia di autocertificazione

**DICHIARA**

1. Di essere di sesso  M  F e di nazionalità \_\_\_\_\_
2. Di essere nato/a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_
3. Di essere residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
4. Di trovarsi nella **seguinte situazione emergenziale** Covid 19 (es: interruzione attività lavorativa, assenza di reddito nell'ultimo uno/due mesi a causa Covid 19); descrivere brevemente la situazione:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiara inoltre (condizioni obbligatorie):

- **di trovarsi in stato di disoccupazione temporanea o inattività a seguito di emergenza Covid19;**
- **di non aver percepito complessivamente reddito da lavoro netto nel primo trimestre 2020 superiore a 2000 euro netti;**
- **di non avere sul proprio c/c bancario o postale importi superiori a 2000 euro;**
- **di non essere percettore di ammortizzatori sociali.**

Dichiara altresì (barrare quella che interessa):

- **di non essere percettore di Reddito di Inclusione;**
- **di percepire reddito di Inclusione inferiore a 100€ mensili;**
- **di essere percettore di reddito di Inclusione superiore a 100€ mensili.**

- di non essere percettore di Reddito di Cittadinanza;
- di percepire Reddito di Cittadinanza inferiore a 100€ mensili;
- di percepire Reddito di Cittadinanza superiore a 100€ mensili.
- di non essere percettore di aiuti economici a qualsiasi titolo percepiti;
- di percepire aiuti economici nel corrente mese da \_\_\_\_\_ per un importo di euro \_\_\_\_\_;

che i componenti del proprio nucleo familiare, oltre al/lla sottoscritto/a, sono i seguenti:

Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Grado di parentela

La presenza di particolari condizioni che accrescono il livello di fragilità familiare (presenza di minori al sotto di anni tre; intolleranze alimentari; grave disabilità, ecc.)

---



---



---

**A corredo della presente il sottoscritto dichiara altresì che tutti i componenti del proprio nucleo familiare rientrano nelle casistiche sopra indicate e di essere economicamente impossibilitato all'acquisto di generi di prima necessità.**

**Il beneficio massimo a nucleo familiare è stabilito in €120 settimanali. A seguito dell'accettazione della domanda verranno indicate le modalità con cui si potrà beneficiare dei buoni spesa.**

Il sottoscritto dichiara inoltre:

di aver preso atto che i dati personali, verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D.Lgs. 196/2003 – CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI e con la presente ne autorizza l'utilizzo.

Si precisa che le dichiarazioni sostitutive di certificazione dei requisiti, rilasciate dai richiedenti ai sensi del DPR 445/2000, potranno essere oggetto di controllo e verifiche con la collaborazione degli organi competenti.

Data \_\_\_\_\_

Firmato: