

Spett.le  
Comune di Ollomont  
Fraz. Capoluogo n.47  
11010 OLLOMONT Ao

**OGGETTO: Domanda di ammissione alle misure urgenti di solidarietà alimentare in attuazione della OCDPC n. 658 del 29/03/2020.**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in questo comune in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel./cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare, definite da questa amministrazione a seguito dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 658 del 29/03/2020;

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

**DICHIARA**

- Di essere nato /a \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_
- Di essere residente a Ollomont in Frazione \_\_\_\_\_
- Che il proprio nucleo familiare è composto dalle seguenti persone:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Che alla data odierna risultano PRESENTI nell'abitazione n. \_\_\_\_\_ componenti;
- Che il proprio nucleo familiare ha percepito, per l'anno 2020, i seguenti sussidi di provenienza statale, regionale e/o comunale (indicare l'importo):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- di trovarsi in condizioni di difficoltà economiche, derivanti anche alla propria condizione lavorativa, tali da non poter autonomamente far fronte all'acquisto, di generi alimentari e di prima necessità in conseguenza della situazione di emergenza epidemiologica da virus COVID-19 per i seguenti motivi:
  - Sospensione o riduzione dell'orario dell'attività lavorativa per motivi non riconducibili a responsabilità del lavoratore;

Cessazione attività lavorativa (licenziamento, mancato rinnovo o chiusura dell'attività, ecc..)

Altro (specificare): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

di essere in carico al Servizio Sociale regionale e che l'Assistente sociale di riferimento è \_\_\_\_\_;

la presenza nel nucleo familiare di persone con disabilità/invalidità: \_\_\_\_\_

di disporre alla data del 31/12/2020 di depositi bancari e postali per un importo non superiore a € 5.000,00;

che il nucleo familiare è residente in immobile:

- in affitto o con mutuo prima casa;
- di proprietà o concessione gratuita o altro senza affitti o mutui;

di essere proprietario di altre unità immobiliari che siano fonti di reddito:

- NO
- SI (specificare): \_\_\_\_\_

Di essere a conoscenza che il Comune di Ollomont, in sede di istruttoria o successivamente all'erogazione dei buoni spesa, effettuerà verifiche e potrà richiedere esibizioni documentali per la verifica di quanto dichiarato;

**Dichiara** di prendere atto che il beneficio massimo erogabile a nucleo familiare è pari ad euro 450,00. A seguito dell'accettazione della domanda verranno indicate le modalità con cui si potrà beneficiare dei buoni spesa.

**Allega fotocopia carta d'identità** o di altro documento di identità

**Dichiara** di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti a seguito di provvedimento adottato in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.

**Dichiara** di aver preso visione dell'informativa in materia di protezione dei dati personali, ai sensi degli artt. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, disponibile sul sito web del Comune e di autorizzare contestualmente il trattamento, anche con strumenti informatici, dei dati contenuti nella presente istanza nell'ambito del procedimento per il quale la medesima viene resa.

Lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(firma per esteso e leggibile)

VISTO, si autorizza la liquidazione.

Il Segretario Comunale \_\_\_\_\_