

**DOMANDA PER ASSEGNAZIONE CONTRIBUTO PER ASSISTENZA ALIMENTARE E ACQUISTI MEDICINALI (D.G.R. n. 946 del 01/12/2020).**

Il/la sig./ra.....  
nato/a..... (.....) il .....  
Cittadinanza ..... e residente a .....  
in via..... n.....  
Tel ..... indirizzo e-mail.....

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

**CHIEDE**

**contributo per assistenza alimentare e acquisto medicinali**

A tal fine, a conoscenza di quanto prescritto dagli artt. 75 e 76 del DPR 28.12.2000 n.45, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 47 e 48 del citato decreto e sotto la propria responsabilità

**DICHIARA**

- di essere residente a Lariano in via ..... n.....
- di essere cittadino straniero non appartenente all'Unione Europea, in possesso di un permesso di soggiorno in corso di validità;
- di disporre di un reddito mensile, calcolato sulla somma dei redditi percepiti dai componenti il nucleo familiare, pari ad € .....
- di avere un'attestazione Isee pari a €.....
- di NON essere assegnatario di alcuna forma di beneficio economico erogato dalla Pubblica Amministrazione;
- di essere assegnatario di benefici economici erogati dalla pubblica amministrazione o di percepire altri sostegni (specificare la tipologia di beneficio e relativo ammontare: esempio contributo comunale, NASPI, rendite da locazione di immobili, ecc.)  
.....

vengono sostenute mensilmente spese certe per locazione e prestiti personali chirografi per un totale di €.....

che la situazione lavorativa è la seguente:

di essere occupato in qualità di ..... presso la ditta .....

di aver subito una diminuzione delle ore lavorative oppure del reddito da lavoro causa emergenza COVID-19 (esempio sospensione dei tirocini formativi, borse lavoro, ecc.)

di essere disoccupato dal ..... che l'ultima occupazione lavorativa e terminata in data .....presso la ditta.....

di non percepire l'indennità di disoccupazione

di percepire indennità di disoccupazione per un importo mensile di .....

di essere in cassa integrazione con un importo mensile percepito di .....

di non percepire reddito di cittadinanza

di percepire reddito di cittadinanza per un importo di € .....

**Si allega:**

- **copia del documento d'identità e del Codice Fiscale**
- **Attestazione ISEE completo di DSU**
- **Eventuale copia della carta di soggiorno e del permesso di soggiorno in corso di validità**
- **Eventuale certificazione che attesti la condizione di disabilità del figlio minorenni (L. 104 art. 3 c. 3)**
- **informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento europeo N.679/2016.**

L'Amministrazione, ai sensi del dispositivo dell'art. 71 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 e del Regolamento per la definizione dei criteri per i controlli delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà approvato con delibera n. 29 del 02/04/2020 procederà, avvalendosi della Guardia di Finanza, ad effettuare idonei controlli, anche a campione, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive prodotte in occasione del presente bando;

Nei casi dei sopra citati controlli obbligatori, la presente dichiarazione implica già di essere a conoscenza dell'avvio del procedimento di controllo di cui all'art. 7 della Legge del Procedimento e che il termine per la conclusione del procedimento è di 180 giorni dalla data della presentazione della presente domanda e che Responsabile del procedimento è il Responsabile del Settore II.

Luogo e data.....

FIRMA (richiedente) .....