

Da presentare esclusivamente al seguente indirizzo mail, già indicato nell'avviso,
assistente.sociale@comune.montegaldella.vi.it

se impossibilitati, prendere appuntamento con l'assistente sociale
al tel. 0444/636012 il mercoledì dalla ore 9.00 alle ore 12.00

**PER NESSUNA RAGIONE BISOGNA RECARSI DI PERSONA
PRESSO LA SEDE MUNICIPALE**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
PER ACCEDERE AL BONUS ALIMENTARE**

I sottoscritt_.....

nat_ a..... il

residente a..... Via.....

tel./cell. e-mail

ISEE ANNO 2020 €..... (FACOLTATIVO)

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza della
responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice
Penale e dalle leggi speciali in materia

D I C H I A R A

- che il proprio **nucleo familiare** è composto da n. _____ persone di seguito elencate:

	Nome e cognome	Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero...)	Professione (lavoratore, studente, disoccupato...)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

€ che all'interno del nucleo familiare sono presenti uno o più componenti disabili o con comprovate
patologie croniche;

- che la propria **situazione abitativa** è la seguente:

€ Abitazione di proprietà – eventuale mutuo con rata mensile di €

○ ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo

○ non ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo

€ Abitazione in usufrutto

€ Abitazione a titolo gratuito

€ Abitazione in affitto

- o da privato – canone d'affitto mensile di €
- o da ente pubblico - canone d'affitto mensile di €

- di non essere titolare di misure pubbliche a sostegno del reddito (es. cassa integrazione, assegno ordinario, NASpI, Reddito di Cittadinanza, Rei, etc...);

Se titolare indicare di seguito la tipologia di misura e l'importo del beneficio.

.....
.....

- che nessuno dei componenti del nucleo risulta:

- dipendente di pubbliche amministrazioni;
- titolare di titoli mobiliari o di Stato, obbligazioni, buoni fruttiferi, investimenti finanziari o similari;

- che il reddito del nucleo familiare si è ridotto di almeno il 30% .

A tal fine dichiara:

- reddito familiare mese di ottobre 2020 € _____
- reddito familiare mese di novembre 2020 € _____

- di non disporre di una giacenza bancaria/postale, **alla data del 30.11.2020 o successiva**, superiore a € 5.000,00. **(Allegare estratto conto)**

*** * ***

Tanto sopra premesso, _1_ sottoscritto chiede, come previsto dall'ordinanza n. 658 del 29.03.2020, di essere destinatari_ delle risorse di solidarietà alimentari per i seguenti motivi (es. indicare da quando il reddito familiare si è ridotto, l'ultimo stipendio percepito dai componenti il nucleo ed il relativo ammontare ed ogni altra causa idonea a giustificare la richiesta)

DA COMPILARE DETTAGLIATAMENTE

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data e Luogo

Firma

(Allegare valido documento di identità)