



UNIONE MONTANA ALTO ASTICO

Sede : Via Europa 22 – 36011 Arsiero (Vi)

Tel. 0445740529 - Fax 0445741797

c.f. 83002610240 – p.lva 03013720242

e mail: segreteria@altoastico.it

P.E.C. um.altoastico.vi@pecveneto.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE AI BUONI SPESA DEL FONDO DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE (Ordinanza n. 658 Dip. Protezione civile)

Il/la sottoscritto/a _____ codice fiscale _____, nato/a a _____ il _____ residente a _____ all'indirizzo _____ tel. _____ e-mail _____

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, consapevole della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni non veritiere dall'art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA

- Che il proprio nucleo è composto da n. ___ persone di seguito elencate:

NOME E COGNOME	PARENTELA (coniuge, figlio, suocero...)	ETA'	PROFESSIONE/CONDIZIONE (lavoratore, disoccupato, studente...)	REDDITO MENSILE

- Che nel proprio nucleo sono presenti:
 - minori n. __
 - persona affetta da disabilità n. __
 - anziani n. __
- Di essere in condizione di difficoltà economica a causa della sospensione dell'attività lavorativa in attuazione alle misure di contenimento del contagio da coronavirus;

oppure
- di essere privi di reddito o altra disponibilità finanziaria sufficiente a garantire i bisogni alimentari della propria famiglia a causa delle misure di contenimento del contagio da coronavirus.
- Di non superare in termini di liquidità disponibile da parte del nucleo familiare, per accedere a questa forma di beneficio, l'importo di euro 5.000,00 (cinquemila/00) sotto forma di giacenza bancaria/postale od ogni altra forma di liquidità, deposito e/o risparmio disponibile alla data del 29 marzo 2020 (data di emanazione dell'ordinanza n. 658);
- Che nessun componente del nucleo beneficia di ammortizzatori sociali o è titolare di pensione o di altre rendite;

oppure
- che il nucleo non beneficia in maniera sufficiente di ammortizzatori sociali, di pensione o di altre rendite.

- Che nessun componente del nucleo è beneficiario di Reddito di Cittadinanza, Reddito di Inclusione Attiva o di altri sostegni e contributi comunali;
- oppure*
- che il nucleo familiare non beneficia in misura sufficiente di Reddito di Cittadinanza, Reddito di Inclusione Attiva o altri sostegni e contributi comunali.

- Che la casa di abitazione del nucleo familiare è:
 - di proprietà
 - di proprietà e gravata da mutuo ipotecario per una rata mensile di € _____ e che ha/non ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo
 - in locazione per un rateo mensile di € _____
 - di avere/ non avere altre proprietà immobiliari (se sì, specificare quali:

Inoltre, ai fini di una più completa ed esaustiva valutazione, dichiara che (breve descrizione della situazione che ha determinato lo stato di bisogno, indicando ogni altra causa idonea a giustificare la richiesta):

Tanto sopra premesso, il sottoscritto dichiara inoltre di prendere atto di quanto riportato nell'Allegato A "Criteri per la distribuzione" della Deliberazione di Giunta dell'Unione Montana Alto Astico n. 21 del 07/04/2020 immediatamente eseguibile : "SERVIZI SOCIALI ASSOCIATI - ATTIVAZIONE MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE - ORDINANZA PROTEZIONE CIVILE n. 658 DEL 29 MARZO 2020 - APPROVAZIONE CRITERI ASSEGNAZIONE E INDICAZIONI OPERATIVE."

Il modulo, debitamente completato in tutte le sue parti, va inviato all'indirizzo mail segreteria@altoastico.it o consegnato nella sede della propria Amministrazione o dell'Unione Montana su apposita cassetta situata esternamente.

Luogo e data _____

Firma _____
(allegare valido documenti d'identità)

Eventuale documentazione da allegare, qualora disponibile:

1. Buste paga
2. Contratto affitto
3. Mutuo
4. Estratto/i conto/i bancari e postali
5. Eventuale ISEE se già prodotto