

**Spett.le**  
**Comune di SOLERO**  
**mail:**  
[info@comune.solero.al.it](mailto:info@comune.solero.al.it)  
**oppure**  
[tecnico@comune.solero.al.it](mailto:tecnico@comune.solero.al.it)

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DI EROGAZIONE  
DI SOSTEGNO ECONOMICO PER EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID 19**  
*In attuazione Decreto Legge 23 novembre 2020, n. 154*  
**(approvata con deliberazione Giunta Comunale n. 62 del 04.12.2020)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Tel. fisso \_\_\_\_\_ Tel. cellulare \_\_\_\_\_  
E mail \_\_\_\_\_ Carta Identità n° \_\_\_\_\_  
Rilasciata da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

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: (barrare le voci che interessano)

**FASCIA A**

**Criteri:**

- Trovarsi in stato di disoccupazione temporanea a seguito di emergenza Covid
- Non avere sul proprio c/c bancario o postale o di altri componenti il nucleo familiare importi complessivamente superiori a € 6.000
- Non avere percepito complessivamente reddito da lavoro netto tra gennaio e ottobre 2020 superiore a € 10.000
- Non essere percettore di ammortizzatori sociali
- Non essere percettore di Reddito di Inclusione
- Percepire reddito di inclusione inferiore a 100 € mensili
- Non essere percettore di reddito di cittadinanza

- Percepire reddito di cittadinanza inferiore a 100 € mensili*
- Non essere percettore di aiuti economici a qualsiasi titolo percepiti*
- Percepire aiuti economici nel corrente mese da altro soggetto (specificare) per un importo non superiore a € 100 mensili*

**FASCIA B**

**Criteri:**

- Trovarsi in difficoltà economica a seguito emergenza Covid o in stato di bisogno*
- Aver percepito tra gennaio e ottobre 2020 redditi del proprio nucleo familiare complessivamente inferiori a:*

| <i>composizione nucleo familiare</i> | <i>Importo reddito</i> |
|--------------------------------------|------------------------|
| <i>1 persona</i>                     | <i>€ 4.000,00</i>      |
| <i>2 persone</i>                     | <i>€ 6.000,00</i>      |
| <i>3 persone</i>                     | <i>€ 8.000,00</i>      |
| <i>4 persone</i>                     | <i>€ 10.000,00</i>     |
| <i>5 o + persone</i>                 | <i>€ 12.000,00</i>     |

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

| <b>Cognome e nome</b> | <b>Luogo e data di nascita</b> | <b>Grado di parentela</b> | <b>Riferimenti della ditta ove è occupato (nome, sede, recapito telefonico)</b> |
|-----------------------|--------------------------------|---------------------------|---|
|                       |                                |                           |   |
|                       |                                |                           |   |
|                       |                                |                           |   |
|                       |                                |                           |   |
|                       |                                |                           |   |
|                       |                                |                           |   |
|                       |                                |                           |   |
|                       |                                |                           |   |

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 €uro 160,00 settimanali per la fascia A e in €uro 120,00 per la fascia B.**

**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.

*Conseguenze dichiarazione mendace:*

*ai sensi dell'articolo 75 del testo unico, "qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera"*

Si allega copia della carta d'identità del richiedente

Data \_\_\_\_\_

Firmato

\_\_\_\_\_