

***Emergenza COVID 19 -Solidarietà alimentare alle famiglie in difficoltà***

**MODULO DI RICHIESTA DI PACCHI SPESA**

*dichiarazioni sostitutive di certificazioni (art. 46 D.P.R. 445 del 28/12/2000)*

La/Il sottoscritta/o Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a **CALCIO**  
in Via \_\_\_\_\_ CAP **24054** Provincia **Bergamo**  
cod. fisc. \_\_\_\_\_  
recapito telefonico (**obbligatorio**) \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail (**obbligatorio**) \_\_\_\_\_

**RICHIESTE DI POTER USUFRUIRE DI**

- pacco spesa consistente in generi alimentari individuati dall'Amministrazione comunale in relazione alla tipologia e composizione del nucleo familiare richiedente.

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punita/o ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

**DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER SE E PER IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE**

- Di essere cittadino italiano  
oppure  
 Di essere cittadino di uno Stato appartenente all'Unione Europea  
oppure  
 Di essere cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea e di essere in possesso (barrare una sola ipotesi)  
o del seguente titolo di soggiorno in corso di validità \_\_\_\_\_  
o Del seguente titolo di soggiorno \_\_\_\_\_scaduto dopo il 21/02/2020  
o Di essere in possesso di titolo di soggiorno scaduto ma di avere ricevuta di appuntamento per il rinnovo \_\_\_\_\_

Di essere in possesso di almeno una delle seguenti condizioni:

1) **CONDIZIONI INTERVENUTE A SEGUITO DEL COVID 19** (barrare ciò che fa al caso):

- Licenziamento- Indicare la data \_\_\_\_\_  
 cassa integrazione dalla data del \_\_\_\_\_  
 riduzione del lavoro non coperta da ammortizzatori sociali dalla data del \_\_\_\_\_ in percentuale del \_\_\_\_\_ %  
 sospensione attività di lavoro autonomo non coperta da ammortizzatori sociali a partire dal \_\_\_\_\_;  
 cessazione o riduzione di attività professionale o di impresa a far data dal \_\_\_\_\_  
 disoccupazione senza indennità a partire dalla data del \_\_\_\_\_  
 mancato rinnovo di contratti a termine o di lavoro atipici che avevano scadenza il \_\_\_\_\_  
 accordi aziendali e sindacali con riduzione dell'orario di lavoro  
(specificare) \_\_\_\_\_  
 malattia grave o decesso di un componente del nucleo familiare, produttore di reddito con conseguente riduzione del reddito.

- situazione di fragilità economica in nucleo con disabili per bisogni intervenuti a seguito dell'emergenza da Covid 19 . Specificare \_\_\_\_\_
- conti correnti congelati e/o nella non disponibilità temporanea (ad esempio a causa di decesso del coniuge, etc) **e tuttora congelati.**

## 2) CONDIZIONI GIA' POSSEDUTE PRIMA DEL COVID 19

- Disagio economico non espressamente derivante dall'emergenza epidemologica da Covid 19.
- Specificare motivi e decorrenza del disagio \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- Altro stato di necessità da dichiarare (specificare) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 3) Altre dichiarazioni utili ai fini dell'istruttoria della domanda:

---



---



---

### DICHIARA INOLTRE

- che il proprio nucleo familiare, così come da iscrizione al registro anagrafico della popolazione residente, è composto da n. \_\_\_\_\_ persone
- che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. \_\_\_\_\_ minori di età compresa tra 0 e 3 anni
- Che nessun altro componente del nucleo ha fatto né farà richiesta finalizzata ad ottenere il medesimo beneficio
- Che i componenti del nucleo familiare, non sono complessivamente titolari di conti correnti bancari/postali con saldo disponibile, alla data del bando e della presente richiesta, superiore **ad € 5.000**
- che nessun altro componente il nucleo familiare svolge attività lavorativa con produzione di reddito  
Oppure
- che il/la/i Sig./ra/Sigg.ri \_\_\_\_\_  
 componente/i il nucleo familiare esercita attività lavorativa con reddito mensile di € \_\_\_\_\_
- di essere residente in immobile (barrare ciò che fa al caso)
  - di proprietà
    - senza mutuo
    - con mutuo attivo mensile di € \_\_\_\_\_
  - in affitto con canone mensile di € \_\_\_\_\_
- di essere a conoscenza che il Comune di Calcio, in sede di istruttoria e successivamente all'erogazione dei pacchi spesa, potrà esperire accertamenti tecnici ed ispezioni e ordinare esibizione di documenti per la verifica di quanto dichiarato;
- di accettare tutte le condizioni individuate dal Comune di Calcio per l'accesso al beneficio;
- di aver preso atto, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento Europeo 679/2016 dell'Informativa esposta presso gli uffici comunali e reperibile online sul sito web del Comune [www.comune.calcio.bg.it](http://www.comune.calcio.bg.it) e di acconsentire al trattamento dei propri dati da parte degli uffici comunali, per il disbrigo delle pratiche a suo carico, in conformità con le finalità del trattamento descritte al punto 2 dell'Informativa. È esclusa qualsiasi operazione di diffusione dei dati, ad eccezione di quanto indicato al punto 6 dell'Informativa.
- Di essere consapevole che Viene considerato motivo di esclusione dal beneficio la mancata o incompleta dichiarazione di tutti i dati richiesti.**

Luogo e data ..... .Il Dichiarante .....

**Allega fotocopia carta di identità o di altro documento di identità in corso di validità**

**Per i cittadini non appartenenti alla Comunità europea allegare titolo di soggiorno**