

AL COMUNE DI GALATINA
SERVIZIO POLITICHE SOCIALI e SERVIZI ALLA PERSONA

OGGETTO: EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA da COVID-19 - Richiesta ai sensi dell'Ordinanza n. 658 del 29.03.2020 del Capo del Dipartimento della Protezione Civile. Misure urgenti di solidarietà alimentare

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ prov. _____ il _____ e residente a _____ in via /Piazza _____ n. _____ tel. _____

C.F. _____ mail _____ pec _____, con domicilio (solo se diverso dalla residenza) a _____ in via _____ n. _____

VISTO quanto disposto dall'OCDPC n. 658 del 29 marzo 2020,

CHIEDE

- Di essere ammesso al beneficio delle misure previste.

A tal scopo, ai sensi del D.P.R. n.445/2000 consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000, n.445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

DICHIARA ED AUTOCERTIFICA

- che la propria condizione di disagio conseguente l'attuale emergenza deriva principalmente da *(indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate aggravate dalla situazione emergenziale):*

- di non avere disponibilità economica per soddisfare le esigenze primarie della famiglia (come ad esempio: depositi bancari e postali, proventi da affitti e locazioni, altre rendite economiche ecc.);

- che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta presso altro Comune del sostegno di cui alla presente domanda;

- che la composizione del proprio nucleo familiare quale risulta dallo stato di famiglia anagrafica è la seguente:

N.	Cognome e nome	Data di nascita	Grado di parentela	Disabilità fisica o psichica	Condizione occupazionale
				SI' NO	
				SI' NO	
				SI' NO	

				SI' NO	
				SI' NO	
				SI' NO	
				SI' NO	

che nessuno dei componenti del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico;

oppure

che i componenti del nucleo familiare beneficiano di forme di sostegno pubblico (RDC, REI, NASPI, Indennità di mobilità, Cassa Integrazione Guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale):

Cognome e nome	Tipo di sostegno	Importo mensile

- che l'**alloggio** in cui vive con il proprio nucleo familiare è occupato a titolo di:

proprietà locazione altro (specificare) _____

Il/la sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati ai sensi del T.U. sulla privacy D. Lgs n. 196/2003 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data _____

FIRMA

ISTRUZIONI:

Gli interessati dovranno presentare domanda preferibilmente a mezzo posta elettronica – all'indirizzo protocollo@cert.comune.galatina.le.it . (anche avvalendosi di un delegato abilitato, come ad esempio Patronati e CAF)

In caso di indisponibilità dei suddetti strumenti, la domanda può essere presentata a mano all'ufficio Servizi Sociali dell'ente, previo appuntamento ai seguenti numeri telefonici: 320/5315880 – 371/4371965 – 350/0729782 – 320/5755886 -329/0006185 **dal lunedì al venerdì esclusivamente dalle 09:00 alle 13:00 e dalle ore 15:30 alle ore 18:30**

Si rappresenta, altresì, che al suddetto indirizzo di posta elettronica potrà essere inviata mail attraverso smartphone/cellulare contenente immagine di domanda debitamente firmata e comprensiva della carta di identità.