



COMUNE DI VILLAROSA
LIBERO CONSORZIO COMUNALE DI ENNA

Oggetto: Emergenza COVID-19. Ordinanza n.658 del 29 marzo 2020 del Capo Dipartimento Protezione Civile ó Richiesta Beneficio economico per acquisto generi alimentari, prodotti di prima necessità e farmaci.

Il sottoscritto _____ nato a _____ il
_____ codice fiscale _____ residente/domiciliato a
_____ in via _____ recapito telefonico
(obbligatorio) _____ e-mail (facoltativa) _____

CHIEDE

La concessione del beneficio economico per l'acquisto di generi alimentari, prodotti di prima necessità e farmaci di cui all'Ordinanza C.D.P.C n. 658 del 29 marzo 2020 e a tal fine

DICHIARA

ai sensi dell'art. 46 e seguenti del D.P.R. n.445/2000, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni false o mendaci, che il proprio nucleo familiare è così composto:

N.	nome cognome	codice fiscale	relazione di parentela	minore	disabile
1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

di trovarsi in stato di bisogno/disagio socio-economico a causa dell'emergenza Covid-19;

di essere disoccupato o di non potere svolgere alcuna attività lavorativa a causa dell'emergenza in atto;

di non percepire, allo stato attuale e di non avere percepito nel mese di marzo 2020 alcun reddito;

che n. ____ di componenti del nucleo familiare percepiscono redditi/pensioni mensili pari a p _____;

che il sottoscritto o altro componente del nucleo familiare è assegnatario di sostegno pubblico (*Reddito di cittadinanza, Rei, Naspi, indennità di Mobilità, Cassa integrazione Guadagni e altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale*);

- Specificare il tipo di sostegno pubblico percepito _____;

- L'importo complessivo percepito è di p _____;

di non percepire reddito mensile superiore a p 600,00;

ovvero di percepito nel mese di marzo 2020 (il dichiarante e/o un componente del nucleo familiare) una somma mensile pari ad euro _____ derivante da _____ (indicare la tipologia di entrata);

di avere di non avere disponibilità finanziarie (risparmi) superiori a euro 6.000,00 (seimila/00);

Autorizza, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali.

Il Richiedente/dichiarante

- **Allegare copia documento di identità**