



**COMUNE DI MALALBERGO
BOLOGNA**

Medaglia al Merito Civile

**SERVIZI
ALLA PERSONA**

**Al Comune di Malalbergo
sociali@comune.malalbergo.bo.it**

RICHIESTA DI SOSTEGNO, AI SENSI DELL'ORDINANZA PROTEZIONE CIVILE N. 658/2020

Il sottoscritto (nome/cognome)
nato/a a Prov. il
residente a in via
domiciliato presso in via
tel n. cellulare n. mail

CHIEDE

di usufruire del buono spesa previsto dall'ordinanza del Dipartimento della Protezione civile n 658 del 29.03.2020 per far fronte alle esigenze alimentari del proprio nucleo familiare, composto nel modo seguente:

N	Cognome e Nome	Data di nascita	Rapporto di Parentela
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SCEGLIE

di utilizzare tale buono nella seguente attività commerciale:

- SUPERMERCATO "LA MERIDIANA" – Via Franchini, 23 - Altedo
- SUPERMERCATO "IN'S" – Via Nazionale, 239 - Altedo
- SUPERMERCATO "DESPAR" – Via Nazionale, 243 - Altedo
- MARKET "PAOLA E ALBERTO" – Piazza Unità d'Italia, 1 - Malalbergo
- PANIFICIO "COCCHI" – Via del Corso 17/A , Altedo

A tale fine, consapevole delle sanzioni penali e della decadenza dai benefici conseguiti, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi; ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

Barrare, ove previsto, a pena di esclusione la casella di interesse

1. di richiedere il beneficio in oggetto, in quanto in situazione di temporanea difficoltà causata dall’Emergenza Covid-19 che ha determinato:

- la chiusura o sospensione di attività lavorativa, propria o svolta in qualità di dipendente
- non aver ancora ottenuto ammortizzatori sociali o altre misure previsto dal D.L. 77/2020 “Cura Italia”
- non poter accedere a forme di ammortizzatori sociali;

2. che la situazione propria e dei componenti il proprio nucleo familiare **al 31/03/2020** è la seguente:

N	Cognome e Nome	Posizione lavorativa – Pensione – Perettore di altri trattamenti	Importo mensile
<input type="checkbox"/>			

3. che il sottoscritto e i propri componenti il nucleo familiare non hanno disponibilità di risorse liquide con le quali fare fronte a questo momento di emergenza

Al fine dell’eventuale applicazione di criteri di priorità:

4. che il sottoscritto e i propri componenti il nucleo familiare
- non risultano assegnatari di altro sostegno pubblico (ad esempio Reddito di Cittadinanza) *ovvero*
 - risultano assegnatari dei seguenti sostegni pubblici:

5. di essere consapevole che il trattamento dei dati personali avverrà ai sensi dell’art 13 del Regolamento europeo n. 679/2016 (GDPR)

Chi, pur in assenza, dei requisiti sopra esposti ritiene di necessitare della misura di solidarietà alimentare, può richiedere una valutazione da parte dei Servizi Sociali relativamente alla propria particolare situazione, SOLO IN QUESTA IPOTESI, barrare qui:

- chiedo la valutazione dei servizi sociali e a tal fine comunico che il recapito telefonico per il colloquio individuale a distanza è il seguente

Luogo e data

IL DICHIARANTE

(Firma leggibile)

(allegare la fotocopia di un documento d’identità in corso di validità, ai sensi dell’art. 38 DPR 445/2000)