



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

**FASE 2 - 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

C.F.  Tel n.  e-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 **(compilare la tabella seguente solo se il nucleo familiare è diverso da quello anagrafico o se si è domiciliati)**:

<b>N</b>	<b>Cognome e Nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Rapporto di Parentela</b>
<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"/>

**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. che il proprio nucleo familiare è nella seguente condizione:

- Nucleo familiare monoreddito che ha perso l'unica entrata a seguito dell'emergenza Coronavirus;

- Nucleo familiare che gode esclusivamente di uno o più redditi ad oggi persi a seguito dell'emergenza Coronavirus (lavoratori a tempo determinato non confermato, impossibilità di prestazioni occasionali/stagionali o intermittenti etc.);
- Nucleo familiare che gode esclusivamente di uno o più redditi derivanti da attività bloccate dai decreti emergenziali (Partite IVA riconducibili a codice Ateco esclusi dalle attività per decreto) e in cui non sono percepiti ammortizzatori sociali;
- Nucleo familiare il cui reddito dipende da uno o più lavoratori in cassa integrazione o simile (Fis) che non stanno percependo il contributo poiché sarà erogato successivamente al mese di maggio;
- Soggetto disoccupato dal 01 febbraio 2020.

2. che la situazione propria e dei componenti il proprio nucleo familiare **al 30/04/2020** è la seguente:

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

#### ALLEGRO

- Estratto conto con i movimenti di tutto il mese di Aprile 2020 riferito a tutti i rapporti finanziari in essere, intestati ai componenti del nucleo familiare;
- Ultime due buste paga ricevute da ciascuno dei componenti il nucleo familiare

Al fine dell'eventuale applicazione di criteri di priorità:

3. che nel proprio nucleo familiare

- sono presenti rilevanti problemi di salute (allegare certificazione);
- sono presenti situazioni di morosità incolpevole;;
- sono presenti situazioni di disabilità (allegare certificazione)

4. che 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)

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)