



COMUNE DI MONTE RINALDO

Provincia di Fermo

Cap 63852
C.F. e P.IVA 00396470445

Via Borgo Nuovo n.16
Tel.0734.77.71.21 Fax 0734.77.71.32

e-mail: com.monterinaldo@provincia.fm.it
pec: comune.monterinaldo@emarche.it



Al Comune di Monte Rinaldo

Ufficio Servizi Sociali

OGGETTO: Domanda di ammissione alle misure urgenti di solidarietà alimentare.

Il/La Sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente in questo comune in via _____ n. _____

Tel./cellulare _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare, definite da questa amministrazione a seguito dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 658 del 29/03/2020 e dell'art. 2 del D.L. 154 del 23.11.2020 "Ristori Ter";

A tal fine, consapevole delle Responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

- che il proprio nucleo familiare è composto da:

nome cognome	data di nascita	grado di parentela	occupazione

- di far parte di un nucleo familiare particolarmente esposto agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus Covid-19 e di essere in stato di bisogno, in quanto:

- ☐ presenza di minori, maggiorenni non autosufficienti;
- ☐ soggetti titolari di attività chiuse o sospese in forza dei dpcm adottati per contrastare l'emergenza e soggetti titolari di lavoro autonomo che abbiano fatto richiesta di ammissione al trattamento di sostegno del reddito ai sensi di legge;
- ☐ lavoratori dipendenti che abbiano subito perdita, sospensione o riduzione dell'orario di lavoro per cause non riconducibili a proprie responsabilità;
- ☐ soggetti con lavori intermittenti o occasionali;



COMUNE DI MONTE RINALDO

Provincia di Fermo

Cap 63852
C.F. e P.IVA 00396470445

Via Borgo Nuovo n.16
Tel.0734.77.71.21 Fax 0734.77.71.32

e-mail: com.monterinaldo@provincia.fm.it
pec: comune.monterinaldo@emarche.it



☐ altro (specificare): _____

• che:

- ☐ nessuno del nucleo familiare fruisce di forme di sostegno pubblico;
- ☐ che i componenti del nucleo familiare fruiscono delle seguenti prestazioni e/o misure di sostegno pubblico (Reddito di cittadinanza, Cas, Naspi, indennità di mobilità, CIG ecc...)

(indicare tipologia e importo per ciascun componente del nucleo familiare)

.....
.....

Allega fotocopia carta d'identità o di altro documento di identità.

AUTORIZZA

- i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia sia dagli archivi comunali (es. anagrafe, servizi sociali ecc.) e nazionali (es. INPS, Agenzia entrate, Guardia di Finanza, Istituti di credito ecc.)
- il trattamento dei dati personali a mente della normativa nazionale e comunitaria in materia di privacy.

Li _____

(firma per esteso e leggibile)

SPAZIO RISERVATO AI SERVIZI SOCIALI

Visti gli atti d'ufficio;

Valutata la domanda;

l'istante:

- ☐ Viene ammesso ai seguenti benefici:
- ☐ Viene escluso da ogni beneficio per i seguenti motivi:

Monte Rinaldo, li

Il Responsabile del servizio
