



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;

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, soggetti titolari di lavoro autonomo che abbiano fatto richiesta di ammissione al trattamento di sostegno del reddito ai sensi del DL. 18/2020;
- ☐ lavoratori dipendenti che abbiano subito 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, lì

Il Responsabile del servizio
