



COMUNE DI TRATALIAS

Provincia del Sud Sardegna

Via Matteotti, 15 – 09010 Tratalias

Tel 0781/697023 -933 Fax 0781/688283

www.comune.tratalias.ca.it – sociali@comune.tratalias.ca.it

Ufficio Scuola e Servizi Sociali

MODULO DI DOMANDA

Misure urgenti di solidarietà alimentare e di sostegno alle famiglie per il pagamento dei canoni di locazione e delle utenze domestiche.

D.L. 73/2021, art. 53 c. 1 - L. 23 luglio 2021, n. 106 – D.M. 24/06/2021

AL COMUNE DI TRATALIAS

UFFICIO SCUOLA E SERVIZI SOCIALI

Il/La sottoscritto/a:

| | | | | | |
|----------------------------|--|------------------------|--|-------------|--|
| COGNOME | | NOME | | | |
| LUOGO DI NASCITA | | DATA DI NASCITA | | | |
| CODICE FISCALE | | | | | |
| INDIRIZZO RESIDENZA | | | | | |
| INDIRIZZO DOMICILIO | | | | | |
| COMUNE | | CAP | | PROV | |
| TELEFONO | | CELLULARE | | | |
| EMAIL | | | | | |

CHIEDE

L'ammissione al Programma di Misure urgenti di solidarietà alimentare e di sostegno alle famiglie per il pagamento dei canoni di locazione e delle utenze domestiche. D.L. 73/2021, art. 53 c. 1 - L. 23 luglio 2021, n. 106 – D.M. 24/06/2021

A tal fine, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 (dichiarazione sostitutiva di certificazione) e dell'articolo 47 (dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) del DPR 445/2000 e s.m.i. e consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere relative alle dichiarazioni contenute nella presente richiesta e della conseguente decadenza dai benefici (artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 e s.m.i.)

DICHIARA

- di aver preso visione delle informative inerenti il trattamento dei dati personali nel perseguimento delle finalità connesse ai procedimenti e di averle comprese in tutte le loro parti.
- di essere in una condizione di disagio economico a seguito dell'emergenza COVID-19 che ha comportato una significativa riduzione delle entrate;
- di essere residente nel Comune di Tratalias (SU);
- che il proprio nucleo familiare risulta così composto (indicare i componenti del nucleo che convivono nella stessa abitazione a prescindere dalla residenza anagrafica dei suoi componenti):

| N. | Cognome e nome | Ruolo | Età | Stato civile | Note (indicare eventuali disabilità) |
|----|----------------|-------|-----|--------------|--|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |

- Di non ricevere né di avere diritto ad alcun contributo pubblico a favore del proprio nucleo familiare;
- Che il proprio nucleo familiare riceve i seguenti contributi pubblici: *(specificare tipo di contributo e importo percepito)* - es. *Redditi di Cittadinanza, Rei, Naspi, Indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale*
_____ pari a € _____ al mese
_____ pari a € _____ al mese
_____ pari a € _____ al mese
_____ pari a € _____ al mese

- che il proprio nucleo familiare percepisce mensilmente le seguenti somme:

| | |
|---|---|
| Reddito da lavoro | € |
| Pensione di invalidità civile, cecità, sordomutismo | € |
| Indennità di accompagnamento | € |
| Pensione sociale o assegno sociale | € |
| Rendita INAIL per invalidità permanente o decesso | € |
| Pensione di guerra o reversibilità di guerra | € |
| Altre entrate a qualsiasi titolo percepite | € |

- che il proprio nucleo familiare, percepisce mensilmente la somma complessiva di € _____
(totale tra contributi pubblici e altri redditi);

N.B. Il reddito mensile è quantificato sulla base delle entrate, a qualunque titolo percepite ad eccezione dei buoni spesa già erogati, degli ultimi 12 (dodici) mesi.

Allega Copia Documento d'Identità.

Luogo/data

La/Il dichiarante
