



**DOMANDA CONTRIBUTO SOSTEGNO ALIMENTARE
– PACCO ALIMENTARE/BUONO SPESA –**

IL SOTTOSCRITTO

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

CITTADINANZA _____ TELEFONO _____

C.F. _____

In rappresentanza del nucleo familiare composto, oltre che dal sottoscritto, da:

Nome e cognome _____ età _____ parentela _____

RICHIEDE

Il contributo per il sostegno alimentare nelle modalità e secondo i criteri stabiliti nell'avviso pubblico. A Tal fine, consapevole delle responsabilità penali per le dichiarazioni mendaci, ai sensi degli art. 75 e 76 DPR 445/2000, che prevedono la decadenza dai benefici e l'obbligo di denuncia all'autorità competente

DICHIARA

1. Di aver subito una modifica della condizione economica del nucleo familiare a causa dell'emergenza COVID-19 e di trovarsi, pertanto, in situazione di comprovata necessità, per una delle seguenti motivazioni:

- Perdita del posto di lavoro
ditta _____ p. iva _____
- Sospensione o riduzione dell'orario di lavoro
ditta _____ p. iva _____
- cessazione o riduzione delle entrate dell'attività professionale autonoma
ditta _____ p. iva _____
- riduzione entrate derivante da altre forme di lavoro poco garantite
ditta _____ p. iva _____
- altre motivazioni (da specificare) _____
ditta _____ p. iva _____

2. Di non usufruire di ammortizzatori sociali a seguito dei motivi di cui sopra (cassa integrazione, indennità di mobilità, Naspi)

3. Che il saldo dei conti correnti al 31/03/2020 intestati ai componenti maggiorenni del nucleo familiare non supera la somma complessiva di € 5.000

4. Che i componenti del nucleo familiare
- non hanno beneficiato di contributi economici pubblici nell'anno 2020
 - hanno beneficiato dei seguenti contributi economici pubblici nell'anno 2020
tipo beneficio _____ € _____ beneficiario _____
tipo beneficio _____ € _____ beneficiario _____
(sono considerati benefici economici pubblici il reddito di cittadinanza e il contributo economico semestrale comunale)
5. Che nel nucleo familiare tutti i componenti maggiorenni si trovano in stato di disoccupazione (ai sensi dell'art. 19 del d.lgs. 150/2015)
- SI
 - NO
6. Che nel nucleo familiare sono presenti persone con disabilità o invalidità grave (oltre 67%)
- SI
 - NO

Firma del dichiarante

N.B. allegare copia della carta d'identità

Informativa sul trattamento dei dati personali delle persone fisiche:

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/n. 679 - RGPD, il Comune di Paderno Dugnano, Titolare del trattamento dei dati personali, La informa che i dati raccolti con il presente modulo saranno trattati per scopi strettamente inerenti all'esercizio del diritto attivato, nel rispetto delle disposizioni di legge e regolamentari vigenti in materia.

I dati raccolti saranno trattati in modalità prevalentemente informatica e telematica da personale autorizzato e/o da collaboratori e imprese individuati Responsabili del trattamento dal Comune stesso; saranno conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa; saranno soggetti a comunicazione e/o a diffusione in adempimento ad obblighi previsti dalla legge o da regolamenti e non sono soggetti a trasferimento a Paesi terzi.

Per l'esercizio dei suoi diritti potrà rivolgersi al Titolare del trattamento i cui dati di contatto sono riportati in calce al presente e potrà, altresì, contattare il Responsabile della Protezione dei Dati al seguente all'indirizzo di posta elettronica rpdc@comune.paderno-dugnano.mi.it.

Per informazioni di maggiore dettaglio potrà consultare il sito istituzionale www.comune.paderno-dugnano.mi.it nella home page, sezione Privacy.