**All’Ufficio Amministrativo**

**Servizio Sociale Comune di Trasacco**

**MODULO DI AUTOCERTICAZIONE PER LA RICHIESTA DEGLI INTERVENTI DI SUPPORTO SPESA ALIMENTARE**

***(“Misure di contrasto al disagio sociale per emergenza COVID-19” – Spesa Alimentare)***

Il Sottoscritto: (cognome)……………………….. (nome)……………………………………….

Nato a ……………………………………….. Prov ……………………il……………………….

Residente in via/p.zza………………………………………………………. n……………………

Comune di……………………………………….. Prov………………….CAP…………………..

Tel. Fisso………………………………………….. tel cel l………………………………………..

Codice Fiscale……………………………………………………………………………………..

Indicare eventuale domicilio se diverso dalla residenza…………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………

Al fine della richiesta del beneficio, avvalendosi della facoltà concessa degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del citato D.P.R. per ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la mia responsabilità:

**DICHIARO**

* Che la mia situazione lavorativa è la seguente *(barrare la casella corrispondente)*:
  + *disoccupato*
  + *inoccupato*
  + *NASPI*
  + *in mobilità*
  + *in cassa integrazione*
  + *FIS (Fondo Integrato Salariato)*
  + *lavoratore autonomo*
  + *dipendente*
  + *pensionato;*
  + *Altro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*
  + Che mi trovo in uno stato di bisogno *(specificare eventualmente la condizione di necessità):*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Il mio nucleo familiare è composto da n.…..persone;
* Che percepisco un sostegno pubblico (Reddito di Cittadinanza, Progetti Lavorativi, Ammortizzatori Sociali, ecc)

Sì……NO ……;

Se SI, indicare l’importo del reddito di cittadinanza percepito: € ……….. \_\_\_

* Di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, il/la sottoscritto/a decade da i benefici ottenuti.

**Documenti da Allegare:**

* **Documento di Identità**

**DICHIARO INOLTRE**

*• che le informazioni riportate nella presente istanza, comprensive degli allegati, corrispondono al vero e sono accertabili ai sensi dell’art. 43 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 ovvero documentabili su richiesta delle amministrazioni competenti;*

*• di essere consapevole della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione non veritiera, di formazione e di uso di atti falsi ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n.445;*

**Informativa Privacy**

*• di essere informato, ai sensi dell’articolo 13 del Regolamento UE 2016 del 27 aprile 2016 , che i dati personali, acquisiti con la presente istanza:*

1. *sono forniti per determinare le condizioni di ammissibilità del richiedente l’applicazione del regime di compensazione delle spese sostenute per la fornitura di generi alimentari o prodotti di prima necessità;*
2. *potranno essere trattati anche mediante strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento relativo alla presente istanza;*
3. *potranno, inoltre, essere conservati per un periodo massimo di 10 anni e trattati in forma anonima per scopi statistici nel rispetto delle norme in materia di riservatezza dei dati personali;*

*Il titolare del trattamento dei dati, ai sensi dell’art.4 Regolamento UE 2016/679, ai sensi del 27/04/2016, è il Comune di Trasacco:*

Trasacco (data)………………… Firma…………………………………