**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE ALL’AVVISO PUBBLICO PER L’EROGAZIONE DI CONTRIBUTI ECONOMICI STRAORDINARI A SOSTEGNO DEI NUCLEI FAMILIARI IN DIFFICOLTA’, RESIDENTI NEL COMUNE DI BUSSETO, PER FRONTEGGIARE L’EMERGENZA ECONOMICO-SOCIALE DERIVANTE DELLA PANDEMIA COVID-19.**

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………………………………………………………………….

Codice fiscale ……………………………………………………………………...................................................................

Nato/a a …………………………………………………………………………, il…………………………………......………………………

residente a …………..………………………………………….…., CAP ……………………………………………………………………

in Via ………………………………………………………………………………………….…………… n. …………………………………….

Identificato a mezzo………………………………………. Nr………………………………………………………………………………

Rilasciato da………..……………………………………………………………………………………………………………………………..

in data …………………………………………………………….… con scadenza…………………………………………………………

utenza telefonica ……………………………………………… Email……..………………………………………………………………

*Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art.76 del D.P.R 445 del 28 dicembre 2000 e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art.495 C.P.)*

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

**DI TROVARSI IN STATO DI DIFFICOLTA’ PER GLI EFFETTI DEI PROVVEDIMENTI RESTRITTIVI DETTATI DALL’EMERGENZA SANITARIA CORONAVIRUS E DI ESSERE NELLA SITUAZIONE AUTOCERTIFICATA:**

1. **il nucleo familiare EFFETTIVAMENTE CONVIVENTE è così composto:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **CODICE FISCALE** | **DATA E LUOGO DI NASCITA** | **RAPPORTO DI PARENTELA** | **DISABILITA’/INV.****(INDICARE %)** | **CONDIZIONE LAVORATIVA** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **situazione abitativa**:
* abitazione di proprietà o con mutuo pari a euro ……………………………………………..……….……..
* abitazione in locazione:
* Di essere inquilino di un alloggio di edilizia residenziale pubblica (ERP) e di pagare un canone mensile di euro …………………………………………………………………………………………………..
* Di essere inquilino di un alloggio di edilizia residenziale privata e di pagare un canone mensile di affitto di euro …………………………………………..………………………..
* abitazione in comodato d’uso;
1. **Situazione LAVORATIVA/REDDITUALE:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Componente | Reddito da lavorodipendente **prima dell’entrata in vigore del Decreto 11.03** | Redditi da lavoro autonomo **prima dell’entrata in vigore del Decreto 11.03** | **Attuale reddito a seguito di riduzione COVID 19 ( comprende anche indennità di disoccupazione e cassa integrazione)** | **Titolare di pensione** |
| 1 – Componente | € | € | € | € |
| 2 – Componente  | € | € | € |  € |
| 3 – Componente | € | € |  € |  € |
| 4 – Componente |  € | € |  € |  € |
| 5 – Componente |  € |  € |  € |  € |
| 6 – Componente |  € |  € |  € |  € |

**Di essere:**

* Occupato in qualità di …………………………………………………………….……………………………. presso la Ditta ……………….……………………………………………………………………………………………….

 Con contratto di lavoro:

* a tempo determinato con scadenza il …………………………………………………………………………….
* a tempo indeterminato ………………………………………………………….……………………………………….
* di aver subito una riduzione delle ore lavorative/del reddito per sospensione o riduzione dell’attività lavorativa causa emergenza sanitaria da COVID-19 (rientra anche la sospensione dei tirocini formativi)
* mancato rinnovo del contratto di lavoro per emergenza COVID-19, indicare ultima retribuzione euro ……………………………………………………………………………………………………………
* Occupato in qualità di libero professionista/lavoro autonomo

…………………………………………………………………………………………………….……………………………….

* di aver subito una riduzione delle ore lavorative/del reddito da lavoro causa chiusura/sospensione attività autonoma determinata da emergenza coronavirus
* di aver subito una riduzione del reddito dovuta al decesso di un componente del nucleo familiare causa COVID-19
* di essere disoccupato, causa COVID-19, dal ………………….…………………… e che l’ultima attività lavorativa svolta è terminata in data ………………………………………. presso la ditta …………………………………………………………………………………………………………………......................per…………………………….…………………………………(licenziamento, sospensione, dimissioni…), indicare ultima retribuzione percepita euro …………………..………..
* Di non percepire l’indennità di disoccupazione
* Di percepire indennità di disoccupazione per un importo mensile di euro ……………………….
* Di essere in cassa integrazione causa emergenza COVID-19 e di percepire un importo mensile di euro …………………………………….
* Di non percepire il reddito di cittadinanza
* Di percepire il reddito di cittadinanza per un importo mensile di euro ……….…………………….

**Presenza di componenti del nucleo familiare che:**

* non percepiscono redditi da lavoro
* percepiscono redditi da lavoro, per importi mensili pari a euro ……………………………………….
* non beneficiano ammortizzatori sociali
* beneficiano di ammortizzatori sociali (specificare quali, esempio indennità di disoccupazione, Cassa Integrazione) …………………………………………………………………………….. per importi mensili di euro ………………………………………………………………………………………………

**Di essere titolare di:**

* c/c bancario e/o postale con un saldo al 29.02.2020 pari a euro ……….…………………………….
* rendita per un importo al 29.02.2020 pari a euro …………………………………….………………………

**Nel nucleo famigliare sono presenti altri membri titolari di C/C**

* c/c bancario e/o postale con un saldo al 29.02.2020 pari a euro ………..…………………………….
* rendita per un importo al 29.02.2020 pari a euro …………………………………….………………………
* di percepire un assegno mensile di mantenimento (separazione) pari a euro …………………..
* di avere ricevuto contributi dal Servizio Sociale nell’anno 2020
* di aver ricevuto sostegni diretti statali per emergenza COVID-19 per un importo pari a euro ………………………………………………………………………………………….……………………………………

**CHIEDE**

* **l’erogazione di contributi economici al fine del pagamento delle utenze (energia elettrica, acqua e gas);**

* **l’erogazione di contributi economici al fine del pagamento del canone di locazione;**

**A TAL FINE INDICA**

* l’IBAN…..…………………………………………………………………………………………………………………………. intestato/cointestato a …………………………………………………………………………………………………… su cui accreditare il pagamento del canone di locazione

 **DICHIARA INOLTRE**

Di aver preso visione di quanto indicato nella presente domanda, di averlo compreso e di accettarlo in tutte le sue parti.

La/Il sottoscritta/o, presa visione dell’informativa allegata, autorizza “ASP Distretto di Fidenza” al trattamento dei dati personali e sanitari forniti ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D. Lgs. 196/03 per l'esecuzione delle attività previste dal presente avviso pubblico.

Si allega:

* Fotocopia di un documento di identità
* Fotocopia del titolo di pagamento delle utenze e/o del contratto di locazione per cui si fa richiesta di contributo
* Informativa sulla privacy controfirmata

Data,

 Firma del Richiedente

 ……………………………………………………………………