

Taglio di Po, _____

All'Ufficio Servizi Sociali
COMUNE DI TAGLIO DI PO

**RICHIESTA DI INTERVENTO PER SOLIDARIETA' ALIMENTARE
PER EMERGENZA COVID-19**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

(_____) e residente a Taglio di Po in Via/Piazza _____, n. _____

Telefono _____ a-mail _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

di accedere ai benefici previsti dall'Ordinanza n. 658 del Capo Dipartimento della Protezione Civile del 29 Marzo 2020.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, che sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga al non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. n. 445/2000),

DICHIARA

☐ Che il nucleo familiare è composto da:

NOMINATIVO	RELAZIONE PARENTELA	LUOGO NASCITA	DATA DI NASCITA	PROFESSIONE

☐ Che al momento della domanda il reddito netto mensile del nucleo familiare è attualmente stimabile in € _____ (compresi gli ammortizzatori sociali, indennità, le misure di contrasto alla povertà ed eventuali assegni mantenimento versati dall'ex coniuge);

- Tanto sopra premesso il/la sottoscritto/a chiede, come previsto dall'ordinanza n. 658 del 29.03.2020, di essere destinatario/a delle risorse di solidarietà alimentari o di prima necessità per i seguenti motivi (es. indicare da quando il reddito del nucleo familiare si è ridotto, l'ultimo stipendio percepito dai componenti del nucleo ed il relativo ammontare e ogni altra causa idonea a giustificare la richiesta).

[illegible]

**LE RICHIESTE COMPILATE DOVRANNO ESSERE INVIATE
TELEMATICAMENTE AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL:
sociali@comune.tagliodipo.ro.it**

**Informativa ai sensi del Regolamento UE 679/2016
(Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali)**

Il/La sottoscritto/a _____, nato a _____
il _____, COD.FISC. _____ e residente a
_____, in Via _____ n. _____

AUTORIZZA

il Comune di Taglio di Po (RO), con sede in Piazza IV Novembre n. 5, cod. fisc. e P.IVA 00197020290, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (General Data Protection Regulation – G.D.P.R.).

Data _____

Firma
