



Città di VENAFRO

PROVINCIA DI ISERNIA

ALL.1

PROCEDURA DI RICOGNIZIONE DELLE SITUAZIONI DI DISAGIO SOCIO-ECONOMICO DETERMINATE E/O AGGRAVATE DALL'ATTUALE EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19

DOMANDA E AUTODICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____ (___)
il _____, residente a _____ via _____,
n. _____, cod. fisc. _____,

consapevole delle sanzioni penali previste dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di documenti falsi, con riferimento alle disposizioni in intestazione,

DICHIARA

DI TROVARSI IN PARTICOLARE SITUAZIONE DI DISAGIO SOCIO-ECONOMICO DETERMINATA E/O AGGRAVATA DALL'ATTUALE EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19;

DICHIARA ALTRESI' DI ESSERE:

- TITOLARE DELL'ATTIVITA' (indicare nome e tipologia) _____
_____ SOSPESA DAL _____
per effetto delle disposizioni per il contenimento del contagio da COVID-19;
- DISOCCUPATO (indicare motivazione, es. licenziamento, scadenza contratto, dimissioni, ecc.)
_____ DAL _____;
- INOCCUPATO;
- DI NON ESSERE PERCETTORE DI ALCUNA MISURA DI SOSTEGNO AL REDDITO (cassa integrazione, indennità di disoccupazione, reddito o pensione di cittadinanza);
- DI ESSERE ATTUALMENTE PERCETTORE DELLA SEGUENTE MISURA DI SOSTEGNO AL REDDITO (indicare quali, es. cassa integrazione, indennità di disoccupazione, reddito o pensione di cittadinanza) _____
DELL'AMMONTARE DI € _____ MENSILI;
- DI ESSERE PERCETTORE DI PENSIONE ESTERA (es. AVS Svizzera, ecc.) NELLA MISURA DI € _____ MENSILI;
- DI ESSERE PERCETTORE DI PENSIONE SOCIALE NELLA MISURA DI € 460,00 MENSILI;
- DI NON ESSERE PERCETTORE DI RENDITE INAIL DERIVANTI DA INVALIDITA' SUPERIORI AL 30%;

- DI NON PERCEPIRE CONTEMPORANEAMENTE PENSIONE DI INVALIDITA' CIVILE E INDENNITA' DI ACCOMPAGNO;
- DI ESSERE PERCETTORE DI SOLA PENSIONE DI INVALIDITA' CIVILE NELLA MISURA DI € _____ MENSILI;
- CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO E' COMPOSTO DA NUM. _____ PERSONE (indicare i nominativi):

- CHE NEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE SONO PRESENTI NUM. _____ DISABILI (indicare le generalità) _____;
- CHE NEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE NON VI SONO ALTRI SOGGETTI PERCETTORI DI REDDITO;
- CHE I COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE NON SONO TITOLARI DI DEPOSITI BANCARI O POSTALI, A TITOLO DI LIBRETTI E CONTI CORRENTI, DELL'AMMONTARE COMPLESSIVO DI OLTRE € 3.000,00;
- CHE NEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE VI SONO SOGGETTI PERCETTORI DI REDDITO O MISURA DI SOSTEGNO AL REDDITO DA (es.: cassa integrazione, indennità di disoccupazione, reddito o pensione di cittadinanza, mobilità): _____ NELLA MISURA COMPLESSIVA DI € _____ MENSILI, PERCEPITI DAL/I SEGUENTE/I COMPONENTE/I _____ DEL NUCLEO FAMILIARE _____;
- DI VIVERE IN ABITAZIONE DI PROPRIETA';
- DI VIVERE IN ABITAZIONE IN LOCAZIONE CON CANONE MENSILE PARI A € _____;
- DI SVOLGERE LA PROPRIA ATTIVITA' (SOSPESA) IN LOCALI DI PROPRIETA';
- DI SVOLGERE LA PROPRIA ATTIVITA' (SOSPESA) IN LOCALI IN AFFITTO CON CANONE MENSILE PARI AD € _____, NON SOSPESO DA ACCORDI PRESI CON IL PROPRIETARIO;
- DI ESSERE PERCETTORE DI ASSEGNO DI MANTENIMENTO DESTINATO ALL'EX CONIUGE E/O AI FIGLI NELLA MISURA COMPLESSIVA DI € _____/MESE.

Autorizza il trattamento dei propri dati personali presenti ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Allega copia di documento di identità (ove disponibile).

VENAFRO _____

FIRMA
