



## DICHIARA

- che nessun componente del proprio nucleo familiare ha presentato domanda presso altri Comuni italiani.
- di avere la residenza nel Comune di Ardea a cui viene inoltrata la presente richiesta.
- di di essere temporaneamente domiciliato nel Comune di Ardea.
- per i cittadini stranieri non UE**, di essere in possesso di un titolo di soggiorno in corso di validità.
- che il proprio nucleo familiare convivente è composto da n.\_\_\_\_ persone di cui: n. \_\_\_\_\_ minori da 0 a 3 anni.
- di essere in carico ai Servizi Sociali del Comune di Ardea.
- di NON essere in carico ai Servizi Sociali del Comune di Ardea.
- che nessun componente del nucleo familiare percepisce altre forme di sostegno al reddito erogate da Enti Pubblici.
- di percepire forme di sostegno economico quali: (Reddito di Cittadinanza, Cassa Integrazione, Indennità di Disoccupazione)  
**Specificare** \_\_\_\_\_,  
dell'importo mensile di € \_\_\_\_\_
- di non percepire altre forme di sostegno economico.
- di non essere proprietario di immobili (con esclusione della casa di abitazione) e di non avere disponibilità economiche (per sé e/o il proprio nucleo familiare) su conti correnti bancari, postali, ecc... sufficienti per l'acquisto di beni di prima necessità.
- Di non avere disponibilità economica su conti correnti bancari e postali alla data del 30 marzo 2020 per un importo complessivamente superiore a € 5.000,00;
- di trovarsi nella seguente condizione di bisogno a causa della situazione emergenziale in atto (COVID-19) :
  - esposizione agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica COVID 19 (perdita del lavoro dipendente, possesso di reddito e/o indennità insufficiente).
  - stato di bisogno per soddisfare le necessità più urgenti e necessarie.

Indica inoltre, per eventuali comunicazioni il seguente recapito:

Piazza/ Via \_\_\_\_\_ Scala/Interno \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Nome sul citofono \_\_\_\_\_

Altro recapito telefonico \_\_\_\_\_

Ardea, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma

Allega:

- copia documento d'identità in corso di validità
- eventuale delega del richiedente

=====

-Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ - ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci,

#### ALTRESI' DICHIARA

di essere a conoscenza che in caso di corresponsione dell'assegnazione dei buoni spesa e/o spese farmaceutiche possono essere eseguiti controlli nei propri confronti e dei componenti del nucleo familiare diretti ad accertare la veridicità delle informazioni fornite nella presente dichiarazione.

Ardea, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma

=====

**-AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI (in caso di NON autorizzazione, non sarà possibile procedere all'assegnazione del beneficio)**

- Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
- ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### DICHIARA

Di aver preso visione dell'informativa sulla protezione dei dati (ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e di essere informato che tali dati saranno raccolti e trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. Inoltre, AUTORIZZO/NON AUTORIZZO il trattamento dei miei dati personali presenti nella dichiarazione all'allegato A della presente domanda rese ai soli fine dell'evasione dell'istanza, ai sensi del Decreto Legislativo 30 Giugno 2003, n° 196 del GDPR (Regolamento UE 20169/679)

Ardea, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma