All’Ufficio Servizi Sociali

del Comune di Gazzo Veronese (VR)

**MISURE URGENTI DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARE E DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE PER IL PAGAMENTO DEI CANONI DI LOCAZIONE E DELLE UTENZE DOMESTICHE IN ATTUAZIONE DELL’ART. 53 DEL D.L. N. 73 DEL 25/05/2021**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI E DI ATTO NOTORIO**

(ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

**SCADENZA ORE 13:00 DEL 4 FEBBRAIO 2021**

**LA PRESENTE DOMANDA DEVE ESSERE PRESENTATA SOLO DA UN COMPONENTE DEL NUCLEO FAMILIARE RESIDENTE NEL COMUNE DI GAZZO VERONESE.**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a Gazzo Veronese in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono/cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

di poter accedere all’assegnazione di contributi destinati a :

□ PAGAMENTO DEI CANONI DI LOCAZIONE

□ PAGAMENTO DI UTENZE DOMESTICHE

**D I C H I A R A**

1. che il proprio nucleo familiare si trova in gravi condizioni economiche a seguito dello stato di emergenza sanitaria Covid-19 in quanto uno o più componenti del nucleo hanno subito:

□ licenziamento;

□ sospensione/cessazione di attività lavorativa autonoma;

□ grave ridimensionamento dell’attività lavorativa;

□ altro: specificare

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

1. di quante persone è composto il nucleo familiare

(compreso il richiedente) numero: \_\_\_\_\_\_\_\_

1. nel nucleo sono presenti figli minori □ no □ si, numero: \_\_\_\_\_\_\_\_
2. nel nucleo sono presenti persone con

disabilità (Legge 104/92) □ no □ si, numero: \_\_\_\_\_\_\_\_

1. il nucleo percepisce sostegni pubblici

quali ad esempio Reddito di Cittadinanza,

Invalidità Civile, etc. □ no □ si, numero: \_\_\_\_\_\_\_\_

1. sostegni pubblici percepiti nel nucleo –

valore complessivo del nucleo

* Reddito di cittadinanza € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Pensione di invalidità civile € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Altre entrate di natura sociale € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Che il proprio Indicatore della Situazione Economica

(ISEE) è il seguente: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Che al momento attuale il proprio nucleo familiare dispone complessivamente di una giacenza bancaria/postale inferiore a € 6.000,00 intesa come somma dei conti correnti o postali di tutti i componenti del nucleo familiare: □ no □ si
2. Che la situazione abitativa del nucleo è la presente:

* Vive in casa di proprietà con un mutuo: □ no □ si,
* Se si importo del mutuo è di euro mensili: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Vive in abitazione con contratto di locazione/affitto la cui rata mensile è € □ no □ si,
* Se si importo del contratto di locazione è di euro mensili \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Altra condizione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DI AVER PRESO PIENA CONOSCENZA E DI ACCETTARE TUTTE LE NORME, LE CONDIZIONI E I CRITERI STABILITI DAL BANDO.**

**ALLEGA:**

1. copia del documento d’identità in corso di validità del richiedente;
2. permesso di soggiorno o carta di soggiorno (per i cittadini extracomunitari);
3. autocertificazione del locatario dei canoni d’affitto non pagati e contratto d’affitto vigente per l’anno 2022;
4. fatture utenze domestiche (solo per i richiedenti del contributo per il sostegno al pagamento delle utenze domestiche);
5. autocertificazione codice IBAN.

Il/La sottoscritta DICHIARA di essere a conoscenza che l’Amministrazione Comunale per effettuare dei controlli ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, anche presso gli Enti del Terzo Settore titolari di servizi attinenti la solidarietà alimentare. A tal fine ed in uno spirito di collaborazione reciproca, il/la sottoscritta si impegna a presentare idonea documentazione e semplice richiesta dell’Ufficio competente.

**Data** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Firma**

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