



# COMUNE DI COCCAGLIO (BS)

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Viale Matteotti n. 10 25030 COCCAGLIO (BS)

PEC [protocollo@pec.comune.coccaglio.bs.it](mailto:protocollo@pec.comune.coccaglio.bs.it)

C.F. 00821390176 - P.IVA 00580060986

[www.comune.coccaglio.bs.it](http://www.comune.coccaglio.bs.it)

Al Comune di COCCAGLIO (BS)

## Dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto di notorietà ( art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000)

**OGGETTO: DOMANDA PER LA CONCESSIONE DI ULTERIORI MISURE DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE.**  
(Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020 e in del D.L. 154/2020 e del D.L. 73 del 25/05/2021).

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

Data di nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_ Sesso M / F

Luogo di nascita: Stato \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_

Residenza: Comune **COCCAGLIO** Provincia **BRESCIA**

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono/Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Avendo letto e compreso tutte le condizioni previste nell'avviso, accettandole integralmente e senza riserva alcuna, assicurando che tutte le informazioni fornite e le dichiarazioni rese nella presente domanda e nei suoi allegati corrispondono al vero,

Consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi degli art. 46, 47 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445,

### CHIEDE

**di poter accedere alla misura urgente di solidarietà alimentare istituita dal Presidente del Consiglio dei Ministri con ordinanza n. 658 del 29/03/2020 e in attuazione del D.L. 154/2020 e del D.L. 73 del 25/05/2021**

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**  
**che il proprio nucleo familiare risulta così composto:**

cognome	nome	data di nascita	grado di parentela/affinità	condizione lavorativa*

**\* indicare una delle seguenti opzioni sotto elencate:**

- 1) stato di disoccupazione/inoccupazione;
- 2) cassaintegrato;
- 3) percettore di indennità di mobilità;
- 4) lavoratore autonomo;
- 5) lavoratore dipendente part time o a tempo pieno con sospensione del lavoro;
- 6) dipendente part time;
- 7) inabile al lavoro/invalido civile;
- 8) pensionato;
- 9) studente;
- 10) altro (specificare)

- che il valore ISEE relativo al proprio nucleo familiare è il seguente: € \_\_\_\_\_;
- che la propria famiglia dispone complessivamente di una somma inferiore ad Euro 5.000,00 su conti correnti bancario postali e su altri depositi immediatamente esigibili alla data del 30/06/2021 (sono esclusi i conti correnti relativi all'attività commerciale, imprenditoriale etc).

**DICHIARA INOLTRE CHE IL PROPRIO NUCLEO E' RISPETTO A UNO O PIU' COMPONENTI, IN ALMENO UNA DELLE SEGUENTI CONDIZIONI (è possibile barrare più di una voce) :**

- soggetti che abbiamo perso il lavoro dipendente a seguito dell'emergenza sanitaria da Covid-19 successivamente al 23 febbraio 2020;
- soggetti che abbiamo dovuto sospendere o chiudere la propria attività professionale, artigianale o commerciale a seguito dell'emergenza sanitaria da Covid-19 (ovvero successivamente al 23 febbraio 2020);
- soggetti che abbiano subito una riduzione delle proprie entrate mensili da attività lavorativa (dipendente, flessibile, autonoma etc) in misura superiore al 50% rispetto al 2019;
- soggetti in stato di disoccupazione, già antecedentemente all'emergenza sanitaria, che non percepiscano ammortizzatori sociali (a titolo esemplificativo ma non esaustivo: naspi, integrazioni salariali);
- soggetto affetto da covid -19 in situazione di fragilità socio-economica;
- soggetto privo di occupazione e non destinatario di sostegni pubblici;
- soggetto decaduto/sospeso dalla misura "reddito di cittadinanza";
- soggetto a cui è stato decurtato l'importo relativo alla misura "reddito di cittadinanza";
- nucleo familiare numeroso con più di 5 componenti, di cui almeno 2 minori;
- genitore solo con almeno un minore a carico;
- anziano solo percettore di pensione minima;
- nucleo familiare con presenza al proprio interno di persona riconosciuta invalida civile in misura pari o superiore al 67%;

altro, la situazione di bisogno della propria famiglia è determinata da (allegare eventuale ulteriore documentazione)\_\_\_\_\_

dichiaro inoltre che il componente nucleo \_\_\_\_\_ e' celiaco.

dichiaro di:

- essere consapevole che potranno essere effettuati controlli ai sensi dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000 diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni fornite;
- essere consapevole che a seguito di presentazione dell'autocertificazione un operatore del servizio sociale comunale potrà procedere a contatto telefonico/altro per un approfondimento della situazione socio-economica e richiedere documentazione integrativa;
- aver preso visione dell'Informativa Privacy, pubblicata sul sito comunale;
- di prestare consenso esplicito al trattamento dei propri dati personali relativamente al servizio richiesto.
- autorizzare i servizi sociali comunali, ad acquisire i dati relativi alla propria famiglia dagli archivi comunali (es. anagrafe, servizi sociali, commercio) e nazionali (es. INPS).
- di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 per la falsità degli atti e dichiarazioni mendaci nonché della decadenza dai benefici conseguiti in base ad una dichiarazione rivelatasi, successivamente, mendace.
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Coccaglio, .....

(FIRMA )

\_\_\_\_\_

Allegati:

- documento di identità;
- copia attestazione isee in corso di validità;
- saldo patrimonio mobiliare al 30/06/2021 di tutti i componenti del nucleo;

**Inviare al Comune di Coccaglio con una delle seguenti modalità:**

- consegna a mano, previo appuntamento telefonico all'Ufficio Servizi Sociali 030/7725716
- tramite posta elettronica: [servizisociali@comune.coccaglio.bs.it](mailto:servizisociali@comune.coccaglio.bs.it)