

Oggetto: Richiesta contributo economico - Bando erogazione di contributi economici con finalità anticovid di cui al Fondo Funzioni Fondamentali, art 106 decreto legge 34/2022.

Il/La sottoscritto/a

nato/a a _____ (_____) il ____/____/____

Codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente/domiciliato in _____ (____) in via _____

recapito telefonico _____ cellulare _____

email _____

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio di cui al bando in oggetto.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali previste dall'art. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 per falsità in atti e dichiarazioni mendaci e della decadenza dal beneficio eventualmente concesso sulla base delle dichiarazioni non veritiere, come indicato dall'art. 75 dello stesso D.P.R. n. 445/2000, ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000, **sotto la propria personale responsabilità**

DICHIARA ED AUTOCERTIFICA

(barrare le caselle corrispondenti e completare le parti vuote)

ATTENZIONE La domanda deve essere compilata senza errori e cancellature, con chiarezza e precisione. Se non verranno indicati i dati richiesti, non sarà possibile attribuire alcun punteggio.

Che l'ISEE /2022 del mio nucleo familiare è di €

Prot. INPS (se non allegata attestazione cartacea ISEE da cui si evinca tale protocollo)

.....

Che nel mio nucleo familiare si è verificato almeno un decesso causa Covid -19:

Specificare nominativo/i del/i componente/i deceduto/i per tale causa:

.....

In considerazione dei seguenti elementi intercorsi dal 21 febbraio al 30 maggio 2020 :

(BARRARE MOTIVAZIONE DELLA RIDUZIONE DEL REDDITO O DELLO STATO DI BISOGNO) :

- uno o più componenti del mio nucleo hanno avuto un licenziamento dal giorno _____
- uno o più componenti del mio nucleo hanno avuto Sospensione dal lavoro o contratto scaduto dal giorno _____
- uno o più componenti del mio nucleo hanno avuto Riduzione attività lavorativa dal giorno _____
- uno o più componenti del mio nucleo hanno avuto Cassa integrazione dal giorno _____
- uno o più componenti del mio nucleo hanno avuto Cessazione attività autonoma dal giorno _____

Allegati:

- **Documento identità del dichiarante in corso di validità**
- **IN CASO DI DIMINUZIONE DEL REDDITO, è possibile allegare documenti attestanti tale condizione al fine di velocizzare le attività di controllo preventive all'erogazione.**

Il/la sottoscritto/a:

- Prende atto che ai sensi del Regolamento UE 2016/679 “Codice in materia di protezione dei dati personali” i dati personali indicati nel presente atto saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra;
- Prende atto inoltre che sui dati dichiarati il Comune potrà effettuare controlli da parte degli organi preposti, ai sensi dell'articolo 71 del DPR n. 445 del 2000 e ai sensi degli articoli 4, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, e 6, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 maggio 1999, n. 221, e successive modificazioni avvalendosi dell'accesso alle banche dati disponibili all'Ente o di Enti terzi (es Guardia di finanza) . Sono altresì consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci o non veritiere, si decadrà dai benefici percepiti e sarà attivato procedimento previsto dal DPR445/2000
- Dichiaro di aver preso visione dell'informativa riservatezza e trasparenza sottostante e di autorizzare al trattamento dei dati di cui sopra

Codogno , _____

Il/La richiedente
