

[illegible]

- 2 che i suindicati componenti **in età adulta** si trovano alla data del 31.08.2021 nella seguente condizione lavorativa:

nome e cognome	Lavoratore dipendente/autonomo Regolarmente in attività	Lavoratore dipendente/autonomo In attività ridotta per effetto dell'emergenza COVID-19	Disoccupato per effetto dell'emergenza COVID-19	Disoccupato da almeno 6 mesi

- 3 che i suindicati componenti **in età adulta** beneficiano alla data del 31.08.2021 delle seguenti misure pubbliche di sostegno al reddito:

nome cognome	tipologia di misura di sostegno	importo mensile	data prima erogazione

- 4 che il nucleo familiare è così costituito da:

- ☐ un pensionato che percepisce mensilmente € _____
- ☐ due pensionati (coniugi o conviventi) che percepiscono complessivamente mensilmente € _____

- 5 che il nucleo familiare:

- a) ☐ abita in una abitazione in locazione e mensilmente paga un affitto di € _____
- b) ☐ ha in essere un mutuo per l'acquisto della prima casa la cui rata mensile è pari ad € _____

- 6 che l'intero nucleo familiare alla data del 31.08.2021 ha una disponibilità di contante o saldo bancario/postale, e/o di eventuali prodotti finanziari (buoni fruttiferi, polizze vita, azioni, obbligazioni e altri strumenti di investimento finanziario) per un importo complessivo inferiore a Euro 15.000,00;

- 7 che il nucleo familiare presenta componenti con disabilità o in condizioni di non autosufficienza:

- ☐ SI
- ☐ NO

8 Altre dichiarazioni

.....
.....
.....
.....

TUTTO CIO' PREMESSO

La/il sottoscritto chiede, come previsto dall'ordinanza del Dipartimento della protezione civile n. 658/2020 di essere destinatario delle risorse di solidarietà alimentare.

Il sottoscritto dichiara infine di aver preso atto che i dati personali presenti nella presente istanza / autodichiarazione verranno trattati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR e del D. Lgs. N. 196/2003 e ss.mm.ii. e con la presente ne autorizza l'utilizzo.

Codognè, _____
(data)

(firma del dichiarante)

La firma NON deve essere autenticata.

Il presente modulo, debitamente compilato e corredato dalla copia di un documento di identità in corso di validità, deve essere inviato esclusivamente alla seguente mail:

servizisociali@comune.codogne.tv.it , arianna.boiago@comune.codogne.tv.it

In caso di necessità per la compilazione e l'invio del modulo potete contattare l'Ufficio dei Servizi Sociali ai seguenti recapiti telefonici: 0438/793205 – 0438/793251.