

**ISTANZA PER ACCEDERE  
AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE  
Decreto legge n. 154 del 23 novembre 2020**

l sottoscritt .....  
nat\_ a..... il.....residente  
a.....Via.....n. telefonico/cell.  
.....codice fiscale.....email.....

**CHIEDE**

La concessione degli interventi di solidarietà alimentare di cui al decreto in oggetto per far fronte a situazioni di prima necessità per sé e per il proprio nucleo familiare.

A tal fine, **ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000** sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

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

**A)** di trovarsi in condizione di bisogno in connessione con l'emergenza epidemiologica in atto per la seguente motivazione:

- Di essere in stato di disoccupazione già in epoca antecedente all'emergenza sanitaria;
- Di avere perso il lavoro in connessione con lo stato emergenziale in atto;
- Di trovarsi in condizioni di sospensione dell'attività lavorativa per le prescrizioni governative di stop delle attività produttive;
- Specificare(**obbligatorio**)

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

**B)** che il proprio nucleo familiare è composto da n. \_\_\_\_\_ persone (**N.B. indicare anche generalità e professione del dichiarante - al numero 1)** di seguito elencate:

<b>Nome e cognome</b>	<b>Rapporto di parentela/affinità (Coniuge, figlio, suocero...)</b>	<b>Professione (Lavoratore dipendente pubblico o privato <b>CON SPECIFICAZIONE DELL'ENTE DI APPARTENENZA</b> /studente/disoccupato...)</b>
1 .....	.....	.....
2 .....	.....	.....
3 .....	.....	.....
4 .....	.....	.....
5 .....	.....	.....
6 .....	.....	.....
7 .....	.....	.....

8 .....

C) che i seguenti componenti del proprio nucleo familiare hanno situazione di disabilità certificata ai sensi dell'art. 3 comma 1 o comma 3 della L.104/92:

Nome e cognome	Rapporto di parentela/affinità (Coniuge, figlio, suocero...)	Disabilità (Art.3 comma 1 o art.3 comma 3: specificare)
1 .....	.....	.....
2 .....	.....	.....
3 .....	.....	.....

D) che il reddito del nucleo familiare mensile ammonta ad: € \_\_\_\_\_  
€ \_\_\_\_\_

**(N.B. RIFERISI AL REDDITO MENSILE DI OTTOBRE e NOVEMBRE DISTINTO PER MESE)**

E) di godere, il dichiarante o altro componente del nucleo, delle seguenti misure pubbliche a sostegno del reddito (es. cassa integrazione, indennità di disoccupazione, reddito di cittadinanza, pensioni, reddito di emergenza, una tantum ristori, eccetera)

**Se del caso indicare quali sono i beneficiari ed il tipo di sostegno nonché importo**

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

OVVERO

Di NON godere di nessuna misura pubblica a sostegno del reddito sopra specificato o di altra natura.

DATA, .....

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 23 DEL D.LGS. 196/2003)**

*Il/La sottoscritto \_\_\_\_\_ AUTORIZZA ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della presentazione dell'istanza*

**Firma**

\_\_\_\_\_  
**(Allegare valido documento di identità)**