

Al Servizio Sociale/Amministrazione Comunale  
Sede di \_\_\_\_\_

**OGGETTO: MISURE URGENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
numero di telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di avere accesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare.

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

**DICHIARA**

di trovarsi in una situazione di bisogno o necessità dovuta ad assenza e/o insufficienza e/o perdita della principale fonte di reddito.

La condizione di difficoltà o disagio situazione è causata da:

- nucleo già seguito dal servizio sociale, che attualmente non usufruisce di prestazioni assistenziali, oppure che usufruisce di prestazioni non significative dal punto di vista del reddito
  - perdita lavoro
  - sospensione o chiusura dell'attività e assenza di liquidità per il sostentamento
  - condizione lavorativa "intermittente"
  - assenza/perdita NASPI
  - assenza/perdita Reddito di Cittadinanza, REI
  - assenza di ammortizzatori sociali (esempio: indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, ecc.)
  - altro (*specificare* )
- 
- 
- 

**DICHIARA, INOLTRE,**

- il nucleo familiare è composta da n. \_\_\_\_\_ componenti, di cui n. \_\_\_\_\_ minori

- che il nucleo familiare non beneficia di altri sussidi di provenienza statale, regionale e/o comunale
- che il nucleo familiare beneficia di altri sussidi di provenienza statale, regionale e/o comunale per € \_\_\_\_\_ mensili;
- che i seguenti componenti del nucleo familiare hanno i seguenti depositi bancari e postali:
  - \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_
- che i seguenti componenti del nucleo familiare hanno le seguenti proprietà immobiliari:
  - \_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_  
Rif. particella catastale \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_  
Rif. particella catastale \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_  
Rif. particella catastale \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_ sito in \_\_\_\_\_  
Rif. particella catastale \_\_\_\_\_

A tal fine allega:

1. Certificazione dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) *solo se già disponibile*;
2. \_\_\_\_\_

**NOTA BENE: Dopo la prima assegnazione, ogni volta che saranno terminati i buoni, il richiedente invia una e-mail o effettua una chiamata all'assistente sociale di riferimento per una nuova erogazione.**

**Luogo e data**

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**La presente richiesta è presentata in nome e nell'interesse di richiedente**

*(se ricorre il caso scegliere questa opzione, barrare la casella, e completare con i dati del presentatore della richiesta)*

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

numero di telefono \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

**Luogo e data**

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*L'Unione dei Comuni Montani del Casentino, in qualità di soggetto delegato all'espletamento dell'istruttoria, ai sensi dell'articolo 10 della legge 31 dicembre 1996, n. 675, e successive modificazioni, informa che tratterà i dati, contenuti nel presente modulo, esclusivamente per lo svolgimento delle attività e per l'assolvimento degli obblighi previsti dalle leggi e dai regolamenti in materia.*

**VISTO Servizio Sociale/Ufficio Comunale** \_\_\_\_\_

**N. buoni spesa** \_\_\_\_\_ **N. pacchi alimentari** \_\_\_\_\_