



# COMUNE DI MUSEI - Area Servizi Sociali

Provincia SUD SARDEGNA  
P.zza IV Novembre - tel. 0781/7281 -

Prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Al Responsabile dei Servizi Sociali  
del Comune di Musei

## **RICHIESTA SOSTEGNO IN GENERI ALIMENTARI EMERGENZA COVID-19**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Musei alla via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

recapito telefonico \_\_\_\_\_ (obbligatorio, pena l'esclusione)

Con la presente

### **CHIEDE**

Di usufruire di sostegno alimentare per far fronte alle esigenze del proprio nucleo familiare composto dalle seguenti persone:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	COMPONENTE

Segnala le seguenti particolari esigenze (allergie, intolleranze, cure mediche, pannolini, latte in polvere, ecc.)

---

---

---

A tale scopo, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

### **DICHIARA**

che in relazione alla situazione, determinatasi per effetto delle conseguenze dell'emergenza COVID-19,

ha interrotto la propria attività di \_\_\_\_\_,  
con sede in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ partita iva/codice fiscale  
\_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_

ha interrotto l'attività professionale/lavorativa di \_\_\_\_\_

presso l'Impresa \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_ via  
\_\_\_\_\_ partita iva/codice fiscale  
\_\_\_\_\_ a far data dal \_\_\_\_\_

ha sospeso i lavori svolti saltuariamente in qualità di \_\_\_\_\_  
a far data dal \_\_\_\_\_

**DICHIARA inoltre**

- che non usufruisce di altri contributi e/o sostegni pubblici;
- che nel nucleo nessun componente usufruisce di altri contributi e/o sostegni pubblici;
- che nel nucleo non vi sono fonti di reddito;
- che usufruisce del sostegno pubblico pari a € \_\_\_\_\_ mensili
  - Reddito di cittadinanza
  - REIS
  - LR 20/
  - Rendita INAIL

di essere a conoscenza del fatto che i dati raccolti nella presente domanda e quelli allegati sono acquisiti e utilizzati per le finalità di cui alla presente istanza e che essi potranno essere comunicati, per la medesima finalità, agli altri soggetti coinvolti nella gestione del procedimento o a quelli demandati all'effettuazione dei controlli previsti dalla vigente normativa. Dichiara altresì di esprimere il consenso al trattamento dei dati personali ai fini della procedura in oggetto e per le finalità ad essa connesse.

**Di non usufruire di alcuna forma di reddito assistenziale (cittadinanza, inclusivo, ecc.), superiore ad € 350,00;**

**Ed in correlazione:**

- Di non avere ancora ottenuto ammortizzatori sociali**
- Di non poter accedere a forme di ammortizzatori sociali**

**Allega , a pena di irricevibilità dell'istanza, documento di riconoscimento del sottoscrittore.**

Musei, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Firma del richiedente**

Ai sensi del D. Lgs. n. 101/2018 e del Regolamento UE n. 679/2016, si informa che i dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati e utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali ad essa collegate.