CITTÀ DI CASTELLANZA

PROVINCIA DI VARESE
www.comune.castellanza.va.it
e-mail: comune@comune.castellanza.va.it comune@pec.comune.castellanza.va.it
Viale Rimembranze n. 4 – 21053 Castellanza (VA)

SETTORE POLITICHE SOCIALI

AVVISO PUBBLICO PER L'ASSEGNAZIONE FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE

AUTODICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DEL DPR 445/2000

RICHIEDENTE/BENEFICIARIO:

Cognome……Nome……..

Res. a …… in via……..

CODICE FISCALE: ……..

Nazionalità …… Recapito telefonico ……

Email…**……**

CHIEDO

L'assegnazione di vouchers spesa per l'acquisto di generi di prima necessità, secondo le regole indicate nell'avviso pubblico indetto a tal fine dal Comune di Castellanza di cui dichiaro di aver preso visione e di accettarne le condizioni.

DICHIARO DI

- Appartenere a nucleo familiare residente a Castellanza
- avere un ISEE ordinario e/o corrente con valore uguale o inferiore a €. 10.000.
- avere un ISEE con un importo pari o inferiore a € 5.000,00 alla voce "patrimonio mobiliare del nucleo"
- avere sul conto corrente o altro strumento finanziario, una giacenza pari o inferiore a € 5.000,00
- non beneficiare alla data di presentazione della domanda di:
  - del Reddito di Cittadinanza
  - Nuova assicurazione sociale per l'impiego (Naspi e indennità sociale di disoccupazione per i collaboratori DIS-COLL);
  - Indennità di mobilità o Cassa Integrazione Guadagni;
  - Fondi di solidarietà per l'integrazione del reddito
  - Qualsiasi altra forma di integrazione salariale per disoccupazione involontaria erogata dallo Stato.

• acconsentire al trattamento dei propri dati personali a norma di quanto prescritto dalla legge sulla Privacy ai sensi del Reg. UE 2016/679 art.13 e dal D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, raccolti a seguito della compilazione della presente istanza al fine esclusivo dell'attivazione del servizio richiesto e come da informativa privacy di seguito sottoscritta;
• essere a conoscenza che il Comune può effettuare controlli sulle dichiarazioni rese ai sensi del DPR 445/2000;
• informare repentinamente l'Ufficio Servizi Sociali qualora mutino le condizioni per le quali si richiede la prestazione;

Castellanza_____

Richiedente/beneficiario

……

Allegare copia documento di identità