



COMUNE DI RIPALTA CREMASCA
ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI

RICHIESTA ASSEGNAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ - (_____) il ____/____/____

codice fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

residente in _____ in via _____, _____

recapiti telefonici _____ email _____

CHIEDE

Per se stesso o per il proprio nucleo familiare (convivente)

In nome e per conto di _____

nato/a a _____ - (_____) il ____/____/____

codice fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

residente in _____ in via _____, _____

in qualità di _____

(specificare: tutore, amministratore di sostegno, familiare delegato)

l'assegnazione del contributo straordinario unico specificato nel "Bando a favore delle famiglie" istituito dall'Assessorato alle Politiche Sociali e della famiglia.



COMUNE DI RIPALTA CREMASCA
ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI

Allega:

- *Dichiarazione di responsabilità*
- *Dichiarazione del datore di lavoro attestante l'utilizzo delle integrazioni salariale od in alternativa copia della Busta paga attestante ciò;*
- *Attestazione del calo del fatturato in riferimento ai lavoratori autonomi;*
- *Attestazione Isee*
- *Dichiarazione sostitutiva unica (DSU)*
- *Eventuale Verbale Accertamento Invalidità*
- *Copia documento d'identità in corso di validità*
- *Eventuale delega del richiedente*



COMUNE DI RIPALTA CREMASCA
ASSESSORATO ALLE POLITICHE SOCIALI

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

- di avere la residenza nel COMUNE DI RIPALTA CREMASCA
- che il proprio nucleo familiare convivente è composto da n. ____ persone di cui: n. ____ figli (specificando: n. ____ minori, n. ____ maggiorenni);
- che nel proprio nucleo familiare è presente n. ____ persone con un'invalidità certificata;
- che nel proprio nucleo familiare è presente n. ____ persone inoccupate
- che nel proprio nucleo familiare è presente n. ____ persone lavoratori dipendenti che hanno usufruito delle integrazioni salariali collegate all'emergenza epidemiologica, integrazioni salariali correlate a crisi aziendali, congedi parentali ed altre cause riconducibili all'emergenza epidemiologica che sono state diretta causa della diminuzione salariale;
- che nel proprio nucleo familiare è presente n. ____ persone lavoratori autonomi (imprenditori, professionisti, ecc.), che hanno subito la riduzione del proprio fatturato di almeno il 33% in riferimento al periodo dal 01/03/2020 al 31/05/2020 rispetto al medesimo periodo dell'anno 2019, dovuto in conseguenza della chiusura o restrizione della propria attività avvenuta in ottemperanza delle disposizioni contenitive dell'emergenza Coronavirus;
- di avere un ISEE pari ad € _____ ;
- altro (*specificare*)

Il sottoscritto sotto la propria responsabilità e consapevole che in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamati dall'art. 76 del PR N. 445/2000 e accertati in sede di controllo, verranno applicate le sanzioni previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia di decadenza dal beneficio ottenuto sulla base della dichiarazione non veritiera.

Data _____ Firma _____

PRIVACY

Per lo sviluppo della suddetta progettualità si ricorda che il Responsabile del trattamento ai sensi del GDPR Reg. (UE) 2016/679 è il Comune di residenza di ciascun cittadino. Gli esercizi commerciali inseriti in elenco dovranno garantire, ai sensi e per gli effetti del GDPR Reg. (UE) 2016/679, il rispetto del diritto di riservatezza del trattamento di eventuali dati personali e sensibili.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali presenti ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

Data _____ Firma _____