**Ordinanza Capo della Protezione Civile n. 658 del 29.03.2020**

Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all’emergenza relativa al rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili

**SCHEDA DI PRIMO ACCESSO**

# ANAGRAFICA

NOME COGNOME

SESSO □ F □ M

LUOGO e DATA DI NASCITA CODICE FISCALE CITTADINANZA INDIRIZZO TELEFONO

## COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE

NOME COGNOME PARENTELA ETA’ SESSO F o M

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **COGNOME** | **PARENTELA** | **ETA'** | **SESSO F -M** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## PRESA IN CARICO:

* **Sì in tal caso indicare se:**

**VARIABILI D’INDAGINE**

* No
* un solo intervento negli ultimi diciotto mesi
* due interventi negli ultimi diciotto mesi
* più di due interventi negli ultimi diciotto mesi
* nessun intervento negli ultimi due anni

## Presa in carico da altri Servizi:

* Serd □Consultorio □Salute Mentale Adulti □UFSMIA □Ministero di Grazia e Giustizia

## SITUAZIONE ECONOMICA

## Eventuale presenza di soggetti che percepiscono Pensione :

* + **Sì** in tal caso indicare l’importo **€**

## Redditi provenienti da Attività Lavorativa

* + Sì □ No

□ **No**

□ **No**

## SITUAZIONE LAVORATIVA

**In caso di presenza di componenti che svolgono attività lavorativa indicare nome ed importo mensile percepito:**

* Attività lavorativa continuativa

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | IMPORTO MENSILE |
|  |  |
|  |  |

* Attività lavorativa saltuaria

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | IMPORTO MENSILE |
|  |  |
|  |  |

* Disoccupato

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | CAUSA |
|  |  |
|  |  |

**\***contratto a termine, chiusura azienda, dimissioni volontarie, ecc….

## FREQUENZA SCOLASTICA

|  |  |
| --- | --- |
| NOME | CLASSE FREQUENTATA |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **STATO DI SALUTE:**

**Eventuale presenza di soggetti Disabili nel nucleo familiare:**

* **Sì** Indicare il Nome, Punteggio I. C. e Importo Pensione:

## No

**Eventuale presenza di soggetti con patologie:**

* **Sì (specificare)**
* **No**
1. **SITUAZIONE ABITATIVA:**
* in affitto da privato: Importo affitto €
* CASA di proprietà
	+ Mutuo attivo: Importo rata €
	+ Alloggio ERP
* Ospitato gratuitamente
* Alloggio di fortuna senza fissa dimora
* Altro specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Indicare Eventuali Situazioni Debitorie: affitto, utenze ecc.. o altre criticità

## PRESENZA DI RETI FAMILIARI E/O SOCIALI:

* Sì □ reti parentali
* reti amicali
* No

FIRMA DEL DICHIARANTE DATA

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI CUI AL REG. UE. N. 679/2016 E ESPRIME IL SUO CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI RELATIVI DATI PER LE SUDDETTE FINALITA' ANCHE SI SENSI DEL DLGS 196/2003;

DICHIARA DI ESSERE a conoscenza delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del Testo unico adottato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

 , lì

FIRMA DEL DICHIARANTE

**Autodichiarazione per la richiesta di contributo alimentare
 ai sensi del l’OCDPC 29 marzo 2020 n. 658**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione a/o sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445

\_\_\_l\_\_\_ sottoscritt \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c.f.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n. \_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con recapito telefonico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Facente parte del nucleo familiare composto da:

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

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/10/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità

**CHIEDE**

- di partecipare alla assegnazione dei contributi previsti per l’assistenza alimentare,ai sensi dell’ordinanza della protezione civile n. 658/2020 per se stesso e per il proprio nucleo familiare.

 **DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L’INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA**

* la propria condizione di disagio conseguente alla attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi: (indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione e dell’entità del contributo) Descrivere:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non percepire (nel proprio nucleo familiare) alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale *o alternativamente* di beneficiare del seguente sussidio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di disporre di depositi bancari/postali pari ad euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di disporre la proprietà del bene immobiliare registrato al Catasto (CT= Catasto Terreni CEU= Catasto Edilizio Urbano)\_\_\_ Comune catastale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_ Foglio \_\_\_\_\_\_\_ Particella Sub.\_\_\_

Luogo e data

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.