

N. _____

Autodichiarazione per l'istanza di accesso alle MISURE DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE

ai sensi del P'OCDCPC 29 marzo 2020 n. 658 e del D.L. n.154 del 23/11/2020 (Decreto Ristori ter)

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
il _____, C.F.: _____ residente nel Comune di
Orsogna in Via _____ n. _____,
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 poter accedere, per se stesso e per il proprio nucleo familiare, alle misure di solidarietà alimentare previste da questo Comune e, a tal fine

DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA

di possedere i seguenti requisiti di accesso:

* NUCLEI O SINGOLE PERSONE CHE HANNO PERSO IL LAVORO O CHE HANNO VISTO SENSIBILMENTE RIDOTTO IL REDDITO CAUSA COVID

* NUCLEI FAMILIARI I CUI RISPARMI NON SUPERANO € 3.000,00

* SINGOLE PERSONE I CUI RISPARMI NON SUPERANO € 1.000,00

Al fine dell'assegnazione dei punteggi dichiara inoltre:

- di essere NUCLEO O PERSONA SINGOLA CHE HANNO PERSO IL LAVORO CAUSA COVID

- di essere NUCLEO O PERSONA SINGOLA CHE HANNO VISTO SENSIBILMENTE RIDOTTO IL REDDITO CAUSA COVID (es. un componente del nucleo ha perso il lavoro, riduzione delle ore lavorative,...)

DI BENEFICIARE DI **ALTRI SOSTEGNI AL REDDITO** (RdC, NASPI, ...)

si **no**

DI VIVERE IN **CASA IN AFFITTO** (non da Ente Pubblico)

si **no**

DI ESSERE TITOLARE DI MUTUI o PRESTITI PER L'ABITAZIONE O L'ATTIVITA'

si **no**

LA PRESENZA NEL NUCLEO DI _____ **MINORI** di cui _____ **MINORI DISABILI** (L.104/92)

Si prende atto che la presente dichiarazione potrà essere oggetto di verifiche a campione da parte degli Enti preposti.

Luogo e data

Firma del dichiarante _____

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.

A cura dell'Ente

BUONI CONSEGNATI: dal _____ al _____

valore totale di € _____