**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEL DPCM 28 MARZO 2020 CRITERI DI FORMAZIONE E DI RIPARTO DEL FONDO DI SOLIDARIETA’ COMUNALE 2020. MISURE A CONTRASTO DELL’EMERGENZA ALIMENTARE CAUSATA DAL CORONAVIRUS PER AGEVOLARE L’ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI E DI PRODOTTI DI PRIMA NECESSITA’**

Il sottoscritto/a ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Codice fiscale ………………………………………………………..

Nato/a a…………………………………………………………,il………………………… residente a (CAP)………………………….

Città………………………………………………….Prov ………………… e attualmente domiciliato in……………………….

Identificato a mezzo………………………………………. N.r. ……………………………………………………………………………

Rilasciato da………………………………………………………. in data………………………………………………………………….

con scadenza…………………………………………utenza telefonica……………………………………………………………….

Email…………………………………………………………………………

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art.76 del D.P.R 445 del 28 dicembre 2000 e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art.495 C.P.)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

**DI TROVARSI IN STATO DI BISOGNO PER GLI EFFETTI DEI PROVVEDIMENTI RESTRITTIVI DETTATI DALL’EMERGENZA SANITARIA CORONAVIRUS E DI ESSERE NELLA SITUAZIONE AUTOCERTIFICATA:**

1. **il nucleo familiare è così composto:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| COGNOME E NOME | CODICE FISCALE | DATA E LUOGO DI NASCITA | RAPPORTO DI PARENTELA | CONVIVENTE  SI/NO | DISABILITA’/INV.  (INDICARE %) | CONDIZIONE LAVORATIVA |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. **la situazione abitativa è, con riferimento all’anno in corso, la seguente**:

* abitazione di proprietà
* abitazione in locazione:
* Di essere inquilino di un alloggio di edilizia residenziale pubblica (ERP) e di pagare un canone mensile di euro…………………………………………………………………..
* Di essere inquilino di un alloggio di edilizia residenziale privata e di pagare un canone mensile di affitto di euro…………………………………………………..
* abitazione in comodato d’uso;

1. **La situazione LAVORATIVA/REDDITUALE è la seguente:**

Di essere:

* Occupato in qualità di ………………………………………. presso la Ditta ……………………………………………………………………………………………….

Con contratto di lavoro:

* a tempo determinato con scadenza il…………………………………………………………………………………………….
* a tempo indeterminato …………………………………………………………………………………………….
* Occupato in qualità di libero professionista/lavoro autonomo

………………………………………………………………………………………………. ……………………………….

* di aver subito una riduzione delle ore lavorative/del reddito da lavoro causa emergenza sanitaria da coronavirus (rientra anche la sospensione dei tirocini formativi)
* di aver subito una riduzione delle ore lavorative/del reddito da lavoro causa chiusura/sospensione attività autonoma determinata da emergenza coronavirus
* di essere inoccupato dal ……………………….
* di essere disoccupato dal ……………………… e che l’ultima attività lavorativa svolta è terminata in data ……………………. presso la ditta ……………………………………………………………………………. per ……………………. (licenziamento, sospensione, dimissioni…)
* di aver percepito nei mesi precedenti la cessazione del rapporto di lavoro una retribuzione netta mensile pari a: ………………………….
* Di non percepire l’indennità di disoccupazione
* Di percepire indennità di disoccupazione per un importo mensile di € …………….
* Di essere in cassa integrazione causa emergenza COVID-19 e di percepire un importo mensile di € ………………………………….
* Di non percepire il reddito di cittadinanza
* Di percepire il reddito di cittadinanza per un importo mensile di …………………….
* di aver subito una riduzione del reddito dovuta al decesso di un componente del nucleo familiare causa COVID-19

Presenza di componenti del nucleo familiare che:

* non percepiscono redditi da lavoro
* percepiscono redditi da lavoro, per importi mensili pari a ……………………………….
* non percepiscono redditi da pensione
* percepiscono redditi da pensione, tipologia …………………….. per importi mensili pari a ………………………….
* non beneficiano ammortizzatori sociali
* beneficiano di ammortizzatori sociali (specificare quali…)……………
* Di essere titolare di:
* c/c bancario con un saldo al 29.02.2020 pari a …………………………….
* c/c postale con un saldo al 29.02.2020 pari a ………………………………
* rendita per un importo al 29.02.2020 pari a ………………………
* di avere un’attestazione ISEE (se in possesso) al……………………….di € ……………………………
* di percepire un assegno mensile di mantenimento (separazione) pari a €………………..

**SI IMPEGNA**

* a tenere a disposizione, per successivi controlli, la documentazione (scontrini fiscali, ecc), comprovante l’adeguato utilizzo degli eventuali buoni spesa assegnati, conformemente alle motivazioni per le quali mi sono stati concessi.

**DICHIARA INOLTRE**

Di aver preso visione di quanto indicato nel presente modulo, di averlo compreso e di accettarlo in tutte le sue parti

Di essere informato, ai sensi e per effetti di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di Tutela della Privacy

Di autorizzare il Comune di ……………………… al trattamento dei dati personali e sanitari conferiti ai fini del presente procedimento ed in particolare la conservazione e la trasmissione a figure professionali ed enti coinvolti nelle procedure previste per le azioni richieste

Di aver preso visione dell’informativa relativa al trattamento dei dati personali e sanitari

L’autorizzazione al trattamento dei dati personali e sanitari è obbligatoria per il conseguimento dell’intervento richiesto.

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Richiedente**

**(allegare documento di identità)**