

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'/IN V. (INDICARE %)	CONDIZIONE LAVORATIVA

2. 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;

3. 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)