

**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, 47, 75, 76 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445

\_\_\_ I \_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_  
residente nel Comune di \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ con recapito telefonico \_\_\_\_\_

Permesso di soggiorno/ Carta di soggiorno Si  No

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

dichiara che il proprio nucleo familiare convivente, allo stato attuale è così composto :

COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE	SESSO	GRADO DI PARENTELA	ETA'	STATO CIVILE (celibe/nubile)(coniugato/a) (divorziato/a) (separato/a) (vedovo/a)	ATTIVITA' LAVORATIVA/PENSIONATO /STUDENTE/DISOCCUPATO

**SITUAZIONE ALLOGGIATIVA: inserire importo mensile**

Privo  Affittacamere  € \_\_\_\_\_ Coabitazione  € \_\_\_\_\_ Proprietà   
Mutuo \_\_\_\_\_  Affitto euro \_\_\_\_\_

**SITUAZIONE SANITARIA:** Invalidità civile  Legge 104/92  Legge 68/99  nessuna delle precedenti

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 all'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:

NUCLEO FAMILIARE MONOREDDITO

Si  No

DISOCCUPATO PER EMERGENZA COVID-19 (in cassa integrazione)

dal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PERSO LAVORO DA COVID (interinale, stagionale)

dal \_\_\_\_\_

PARTITA IVA ATTIVA AL 23/2/2020

Si  No

**O ALTRO** \_\_\_\_\_

di non percepire (nel proprio nucleo familiare) alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale

di percepire RDC € \_\_\_\_\_ REI€ \_\_\_\_\_ altro€ \_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.

**INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13-14, REGOLAMENTO UE N. 2016/679**

**in ordine all'utilizzo dei dati personali connessi al beneficio richiesto**

Si  No

\_\_\_\_\_  
**Spazio riservato alla Valutazione**

**CODICE FISCALE** \_\_\_\_\_

In riferimento alla richiesta di Buoni Viveri di COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

si conferma  non si conferma

MOTIVAZIONE E CONTRIBUTO CONCESSO € \_\_\_\_\_

Firma del Responsabile

\_\_\_\_\_