



AL COMUNE DI BORGO SAN LORENZO

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

___ I ___ 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: _____

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 di BUONI SPESA 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 un reddito mensile netto pari ad euro _____ riferito al mese di marzo 2020

• di disporre di depositi bancari/postali e titoli azionari e obbligazionari pari ad euro _____

- di avere un contratto di locazione per l'alloggio di abitazione registrato _____ con canone pari a euro _____ mensili

-che nel proprio nucleo vi sono n. _____ minori

-che nel proprio nucleo vi sono n. _____ portatori di handicap o non autosufficienti

Luogo e data

Firma del dichiarante _____

Allega copia di un valido documento di riconoscimento