

Richiesta sostegno Emergenza COVID-19

dichiarazione sostitutiva di certificazione (art. 46 D.P.R.28 dicembre 2000 n. 445)

Al Comune di CENADI
Mail:info@comune.cenadi.cz.it

Il/la sottoscritt / _____ C.F. _____
Nato/a a _____ (____)
il ____/____/____,
residente a _____ (prov. ____) in via/piazza
_____ n° _____
Recapito telefonico _____ con
la presente

RICHIEDE

di usufruire del buono spesa una tantum previsto dall'ordinanza del Dipartimento della Protezione Civile n 658 del 29.03.2020 per far fronte alle esigenze alimentari del proprio nucleo familiare composto dalle seguenti persone:

(indicare nome e cognome e data di nascita e grado di parentela e eventuale grado di invalidità)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

-Dichiara inoltre che all'interno del proprio nucleo familiare

A tale scopo, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000,

DICHIARA

- di non aver usufruito del beneficio a fronte del bando del 17/12/2020;
- di non usufruire di reddito assistenziale (cittadinanza/inclusivo/ecc.)
- di usufruire di reddito assistenziale (cittadinanza, inclusione , ecc.) indicare quale _____;
- Che è / non è proprietario di immobili;
- Che nessuno dei componenti il nucleo familiare ha presentato istanza per ottenere il medesimo beneficio;

- Di non essere titolare di depositi bancari e/o postali o altre forme di accumulo immediatamente liquidabili complessivamente superiore ad euro 5000,00 (il predetto requisito è riferito al nucleo familiare complessivo);*

(Barrare a pena di esclusione la casella di interesse)

- di essere capo famiglia e tutti i componenti in situazione di temporanea difficoltà a seguito dell'emergenza Covid-19 per i seguenti motivi:*
- *chiusura o sospensione di attività lavorativa, propria o svolta in qualità di dipendente e non aver ancora ottenuto ammortizzatori sociali o non poter accedere a forme di ammortizzatori sociali;*

-Dichiara inoltre

-che all'interno del proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ soggetti portatori di handicap;

- che all'interno del proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ soggetti affetti da patologie croniche

Allega, a pena di irricevibilità dell'istanza, un documento di riconoscimento del sottoscrittore in corso di validità.

Luogo, _____

Firma del dichiarante
(per esteso e leggibile)

Dichiarazioni mendaci saranno oggetto di deferimento all'Autorità Giudiziaria.

Ai sensi del D. Lgs. 101/2018 e del Regolamento UE n° 679/2016, si informa che i dati contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati e utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali ad esso collegate.