REGIONE PIEMONTE PROVINCIA DI ALESSANDRIA

COMUNE DI VILLAROMAGNANO

Autodichiarazione per la richiesta di contributo alimentare ai sensi del Decreto Legge 23 Novembre 2020, n. 154 (Ristori Ter)

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

___l___ sottoscritt ___ _____ nat ___ a _____ provincia di _____ il _____ C.F.: _____ residente nel Comune di _____ alla via _____n. _____ C.A.P. _____ Telefono fisso _____ Telefono cellulare_____ Indirizzo e-mail _____

Facente parte del nucleo familiare composto da:

Cognome e nome	M/F	Posizione in fam.	Età	Stato civile	Professione	Già seguito dal CISA	Altre informazioni

Dichiara che nel suddetto nucleo familiare:

( ) è presente un disabile portatore di handicap certificato

( ) che nessuno del nucleo familiare fruisce di forma di sostegno al reddito pubblico

( ) che nessuno dei membri del nucleo familiare ha fatto o farà richiesta presso altro Comune del sostegno di cui alla presente domanda;

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 alla attuale emergenza trovandosi in una delle seguenti fattispecie:
(indicare la motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione barrando le caselle):

( ) ha perso il lavoro e non ha liquidità per il proprio sostentamento

( ) ha sospeso o chiuso attività e non ha liquidità per il proprio sostentamento

( ) ha lavori intermittenti e non riesce in questa fase dell'emergenza covid 19, ad acquistare beni di prima necessità alimentare

DICHIARA INOLTRE (PER SE E PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE)

*che non ci sono altri redditi nel nucleo familiare;
* non usufruisce di prestazioni assistenziali (RdC, Rei, Naspi, Indennità di mobilità,CIG)

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione alla suddetta condizione.

Dichiara di aver preso visione dell'Avviso pubblico contenente l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

Luogo e data

Firma del dichiarante _____

Allega copia o fotografia di un valido documento di riconoscimento.