# Autodichiarazione per la richiesta di contributo alimentare ai sensi dell’art. 2 ordinanza n. 658 del 29 marzo 2020 e del D.L. n. 73/2021.

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.

 con recapito telefonico , Facente parte del nucleo familiare composto oltre che dal/dalla sottoscritt da:

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**  **(da utilizzare negli esercizi commerciali convenzionati);**

 □ **un contributo economico** **per il rimborso del pagamento canoni di locazione e utenze domestiche**

 **(indicare IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

Allegare copia bollette delle utenze domestiche (luce , acqua e gas) e copia del pagamento relative al periodo 01.01.2021-31.07.2021

 a sostegno dei cittadini in stato di bisogno, prevalentemente colpiti dall’emergenza epidemiologica da Covid-19

 così come previsto dal D.L. 73/2021 per sé stesso e per il proprio nucleo familiare.

## DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L’INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA

* la 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):

* + che nel proprio nucleo familiare non si percepisce alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale;

*o alternativamente*

* + che nel proprio nucleo familiare, sono percepiti i seguenti sussidi:

Cognome Nome sussidio Entità mensile Cognome Nome sussidio Entità mensile Cognome Nome sussidio Entità mensile

* + che il suddetto nucleo familiare non dispone di depositi bancari/postali tali da superare l’attuale difficoltà.

**Autorizza il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).**

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del dichiarante

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.