

AUTOCERTIFICAZIONE PER ACCEDERE AL FONDO DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE

Il sottoscritt _____

nat_ a _____ il ____/____/____

residente a _____ Genivolta in _____ Via _____

telefono _____ indirizzo _____ di _____ posta _____

elettronica _____

DICHIARA CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

- 1) è composto da n. _____ persone, di cui
- n. _____ in età compresa tra 0 e 3 anni e n. _____ in età compresa tra 3 e 18 anni
 - n. _____ persone con disabilità;
- 2) vive in un'abitazione (barrare l'opzione che ricorre):
- di proprietà
 - in comodato d'uso gratuito;
 - In locazione alloggio pubblico con affitto mensile pari a € _____;
 - In locazione alloggio privato con affitto mensile pari a € _____;
- 3) Alla data di presentazione della domanda, la situazione economica e patrimoniale è la seguente (barrare l'opzione che ricorre):
- nucleo familiare senza alcun reddito;
 - presenza di reddito **che deriva** da lavoro dipendente, da pensione o da rendite (indicare il reddito mensile netto € _____);
 - presenza di reddito **che non deriva** da lavoro dipendente, da pensione o da rendite (indicare il reddito mensile netto € _____);
 - il saldo del conto corrente bancario/postale è di € _____
 - i depositi di risparmio, titoli e altre forme di investimento ammontano a € _____
 - non ha proprietà/comproprietà di altre unità immobiliari, oltre alla casa di abitazione;
 - Ha proprietà/comproprietà di altre unità immobiliari, oltre alla casa di abitazione, da cui derivano canoni di locazione totali pari ad € _____;
- 4) ha in essere (barrare l'opzione che ricorre):
- finanziamenti per l'acquisto di _____
pari a € _____ mensili;

- contratti di mutuo per l'acquisto della casa di abitazione e che l'ammontare della rata mensile del mutuo è pari a € _____;

5) gode di misure pubbliche a sostegno del reddito (barrare l'opzione che ricorre):

- cassa integrazione,
- indennità disoccupazione,
- reddito cittadinanza
- reddito di emergenza
- altro (specificare) _____
per un importo mensile complessivo pari a € _____;

Tanto sopra premesso, il sottoscritto chiede, come previsto dall'ordinanza n. 658 del 29.03.2020 e dal Decreto legge n. 154 del 23.11.2020, di essere destinatario delle risorse di solidarietà alimentari trovandosi in una delle seguenti condizioni (barrare l'opzione che ricorre):

- nuclei familiari/persone in difficoltà economiche a causa dell'emergenza sanitaria (specificare) _____;
- nuclei familiari/persone in stato di bisogno (specificare) _____;
- nuclei familiari con situazioni di patologie e/o multi problematicità che determinano una situazione di disagio economico.
 - altra tipologia di bisogno (specificare) _____;
 - Si dichiara che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato analoga richiesta.

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio (Regolamento GDPR).

Luogo e data _____ , ____/____/_____

Firma

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza della responsabilità penale in cui incorre chi sottoscrive dichiarazioni mendaci e delle relative sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché delle conseguenze amministrative di decadenza dai benefici eventualmente conseguiti al provvedimento emanato, ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445.

L'Amministrazione Comunale si riserva di chiedere documentazione attestante quanto dichiarato.

Luogo e data _____ , ____/____/_____

Firma

Allega documento d'identità in corso di validità

Questo modulo deve essere presentato presso gli Uffici Comunali