

**Oggetto: Emergenza Covid -19. Domanda per l'assegnazione dei contributi economici secondo quanto previsto dall' OCPC n. 658 del 28/03/2020 e dal D.L. 154/2020. AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ , utenza telefonica \_\_\_\_\_, in caso di cittadini stranieri non appartenenti all'Unione Europea titolo di soggiorno \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

chiede

di essere ammesso al beneficio **per l'assegnazione di buoni spesa da spendere sul territorio comunale per l'acquisto di generi alimentari e/o di prima necessità, a favore del proprio nucleo familiare :**

*A tal fine, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/00 sulle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dall'art. 75 sulla decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,*

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

1. La composizione della famiglia come appresso generalizzata (compreso il richiedente) alla data di presentazione della presente richiesta è la seguente:

N.	Rapp. di parentela	Cognome e nome	Codice fiscale
1			
2			
3			
4			
5			
6			

2. Il proprio nucleo familiare presenta:

- N\_\_\_\_\_ minori di età
- N\_\_\_\_\_persone con disabilità

Il sottoscritto

**DICHIARA**

Altresì, per sé e per i componenti del proprio nucleo familiare:

- Di essere in gravi difficoltà economiche, perché colpito dalle misure di contenimento previste dalla normativa emergenziale COVID – 19 per i seguenti motivi \_\_\_\_\_  
(in caso di perdita di lavoro indicare la ditta e/o società presso cui si prestava lavoro e relativo recapito telefonico) \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_
- Di non percepire attualmente alcun reddito;
- Di non essere beneficiario di alcuna integrazione al reddito né di avere qualsivoglia altra forma di sussidio;

ovvero

- Di percepire un reddito mensile pari ad € .....
- Di essere beneficiario della seguente forma di integrazione al reddito e/o sussidio:

\_\_\_\_\_ di importo mensile pari ad € .....

**(la dichiarazione va resa considerando anche i redditi o i sostegni ricevuti dagli altri componenti il nucleo familiare)**

- Di non avere altre forme di sostentamento reperibili attraverso accumuli bancari o postali

ovvero

- Di avere una disponibilità di somme su conto corrente bancario e/o postale per un importo complessivo inferiore ad € 5.000,00.

Gricignano di Aversa, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

Allegati

1. Fotocopia non autenticata carta d'identità
2. \_\_\_\_\_

Ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente dichiarazione esclusivamente per l'assolvimento degli obblighi previsti dalle leggi.

Gricignano di Aversa, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_