

Oggetto:	DOMANDA PER L'ASSEGNAZIONE DI BUONI SPESA A SOSTEGNO DEL REDDITO DELLE FAMIGLIE IN DIFFICOLTÀ ECONOMICA, PER L'ACQUISTO DI BENI ALIMENTARI PRESSO LE LOCALI ATTIVITÀ COMMERCIALI ADERENTI ALL'INIZIATIVA
----------	---

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il ___/___/___
a _____ (___), C.F. _____ residente in Schivenoglia,
via _____ documento di identità _____
nr. _____ rilasciato da _____ in data ___/___/___
n. telefono _____, indirizzo mail _____

consapevole delle sanzioni penali e amministrative, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli articoli 75 e 76 del D.P.R. n. 445/ 2000 e successive modifiche e integrazioni e dall'art. 38 del D.L. n. 78/2010

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

1. che il proprio nucleo familiare è complessivamente composto da n. _____ persone, di cui n. ___ minori e n. _____ persone con disabilità;
2. che il nucleo familiare vive in un'abitazione (barrare l'opzione che ricorre):
 di proprietà locazione alloggio pubblico locazione alloggio privato
 comodato d'uso gratuito altro _____
3. che uno dei componenti il nucleo familiare ha contratto/non ha contratto un mutuo per l'acquisto della casa di abitazione (specificare l'ammontare della rata mensile del mutuo _____) e che ha presentato/non ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo;
4. di non godere/godere di misure pubbliche a sostegno del reddito (es. cassa integrazione, indennità di disoccupazione, reddito di cittadinanza, NASPI, reddito di inclusione ecc.)
5. di non disporre/disporre di depositi bancari/postali pari ad €. _____
6. che nessun altro componente del nucleo familiare ha presentato istanza di accesso al Fondo di Solidarietà alimentare (ordinanza n. 658 del 29.03.2020)

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

- nuclei familiari/persone prive di reddito - anche temporaneamente - a causa degli effetti dell'emergenza sanitaria
- nuclei familiari, di cui facciano parte minori, che si trovano in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori;
- nuclei monogenitoriali privi di reddito o in situazioni economiche tali da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori;
- presenza nel nucleo familiare di disabilità permanenti associate a disagio economico;
- nuclei familiari con situazioni di patologie e/o multiproblematicità che determinano una situazione di disagio economico.
- persone senza dimora

- nuclei familiari monoreddito il cui titolare ha richiesto trattamento di sostegno al reddito o il cui datore di lavoro ha richiesto ammissione al trattamento di sostegno del reddito, ai sensi del D.L. 18/2020, o il datore di lavoro abbia sospeso e/o ridotto l'orario di lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore.
- nucleo familiare senza alcun reddito.
- altra tipologia di bisogno (da specificare) _____

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre:

- prende atto che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 “Codice in materia di protezione dei dati personali”, i dati personali indicati nel presente modulo saranno trattati solo ed esclusivamente per gli scopi a cui il procedimento, per il quale si richiede la dichiarazione di cui sopra, si riferisce;
- prende atto che, sui dati dichiarati, il Comune di Schivenoglia potrà effettuare controlli da parte degli organi preposti, ai sensi dell'articolo 71 del D.P.R. n. 445/2000 e del DPCM 159/2013;
- **autorizza gli operatori del Comune di Schivenoglia a contattare soggetti terzi al fine di verificare la veridicità della presente dichiarazione.**

Schivenoglia, _____

Firma del dichiarante

Si allega documento di riconoscimento in corso di validità.