

Autodichiarazione per la richiesta di contributo alimentare ai sensi dell'allegato 1 al D.L. "Ristori Ter" e della Legge n. 106 del 23/07/2021

**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**

___I___ sottoscritt ___ _____ nat ___ a _____ Provincia di
_____ il _____ C.F.: _____ residente nel Comune di
Marciana Marina in Via _____ n. _____ C.A.P. _____ con recapito telefonico
_____, _____ indirizzo _____ e-
mail: _____

Facente parte del nucleo familiare composto da:

- 1) Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale: _____
- 2) Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale: _____
- 3) Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale: _____
- 4) Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale: _____
- 5) Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale: _____
- 6) Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale: _____
- 7) 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 dei contributi previsti per l'assistenza alimentare, ai sensi dell'allegato 1 al D.L. "Ristori Ter" e della L. n. 106/2021 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 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)

Descrivere: _____

() di non percepire (nel proprio nucleo familiare) alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale

() di beneficiare del seguente sussidio _____

() di aver subito una riduzione significativa nell'anno 2020, nella misura pari o superiore al 30% del reddito familiare, per cause riconducibili all'emergenza epidemiologica da Covid - 19, rispetto all'anno 2019;

() di essere lavoratore a tempo indeterminato che a causa del Covid-19 si è visto cessare o sospendere il rapporto di lavoro: specificare il caso che ricorre, il componente il nucleo familiare interessato, la ragione sociale del datore di lavoro e la data dell'evento:_____

() di essere lavoratore a tempo determinato che a causa del Covid-19 si è visto cessare o sospendere il rapporto di lavoro: (specificare il caso che ricorre, il componente il nucleo familiare interessato, la ragione sociale del datore di lavoro e la data dell'evento)_____

() di essere lavoratore autonomo che a causa del Covid-19 ha dovuto sospendere la propria attività. Indicare il codice ATECO dell'attività, il componente il nucleo familiare interessato, e la data dell'evento:_____

() di essere lavoratore intermittente o a chiamata che a causa del Covid-19 ha subito una forte riduzione dell'attività : (specificare il caso che ricorre, il componente il nucleo familiare interessato, la ragione sociale del datore di lavoro/ente/agenzia e la data dell'evento che deve essere successiva al 31/01/2020)_____

() di non disporre di depositi bancari e/o postali con i quali far fronte alla spesa alimentare;

() di disporre, di depositi bancari e/o postali per l'importo di € _____(dato riferito alla data di presentazione della domanda);

() che nel nucleo familiare è presente soggetto con disabilità;

() di non avere reti familiari e di prossimità per far fronte alle esigenze alimentari;

() di disporre la proprietà di bene immobiliare: _____

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.