

**Autodichiarazione per la richiesta di contributo alimentare ai sensi dell'allegato 1 al D.L. "Ristori Ter" e dell' OCDPC 29 marzo 2020 n. 658**

**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 alla 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 dell'Ordinanza della Protezione Civile n. 658/2020 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.