

Allegato B

AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 FINALIZZATA ALLA EROGAZIONE DEI BENEFICI DI CUI ALL'ART 4 DELL'ORDINANZA DEL CAPO DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29.03.2020

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____ e residente in _____ via _____, o in alternativa, a seguito della contingente emergenza epidemiologica Covid-19 e delle condizioni previste dalla vigente e conseguente normativa emanata dallo Stato e dal Comune di _____, di essere domiciliato in _____ via _____, identificato a mezzo _____ nr. _____ rilasciato da _____ in data _____, utenza telefonica _____, MAIL (obbligatoria) _____, per accedere ai benefici previsti per i "nuclei familiari più esposti agli effetti economici, derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus COVID-19", e per quelli "in stato di bisogno", per soddisfare le necessità più urgenti ed essenziali, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci o non veritiere

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- che il proprio nucleo familiare anagrafico è composto da sé medesimo da nr. _____ componenti, di cui nr. _____ minori e nr. _____ persone con disabilità e segnatamente:

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ ;

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ ;

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ ;

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ ;

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ ;

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ ;

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ ;

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ ;
Codice fiscale _____ ;

- che nessun altro componente del proprio nucleo familiare residente o domiciliato ha presentato domanda per la concessione del presente contributo nel Comune di Pasturana e in nessun altro Comune di Italia;
- che a causa dell'emergenza da COVID-19 ha subito i seguenti effetti economici negativi anche temporanei i componenti del nucleo familiare sopra individuato (BARRARE E COMPILARE MOTIVAZIONI):
- perdita o riduzione del lavoro (licenziamento, mancato rinnovo di contratto a tempo determinato, riduzione delle ore lavorative) senza attivazione di ammortizzatori sociali ovvero con ammortizzatori insufficienti in relazione al fabbisogno familiare;

SPECIFICARE: _____

- sospensione temporanea dell'attività con partita IVA rientranti nei codici ATECO delle attività professionali, commerciali, produttive artigianali non consentite dal DPCM 22 marzo 2020 e successive **integrazioni**;

SPECIFICARE: _____

- impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali/stagionali o intermittenti a causa dell'obbligo di permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria o per effetto della contrazione delle chiamate;

SPECIFICARE: _____

- altro:

SPECIFICARE: _____

- di non essere in possesso alla data dell'istanza e relativamente al mese di dicembre 2020, a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, di depositi bancari o postali di importo complessivo superiore a 10.000,00 euro;
- di non avere percepito alla data dell'istanza e relativamente al mese di dicembre 2020, a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, redditi e contributi e sussidi di qualsiasi natura (cassa integrazione, indennità di disoccupazione, reddito di cittadinanza, NASPI, reddito di inclusione, bonus energia, bonus gas) di importo complessivo superiore a Euro 700,00 mensili
oppure
- di avere percepito alla data dell'istanza e relativamente al mese di dicembre 2020, a nome proprio e di altro componente il nucleo familiare redditi e contributi e sussidi di qualsiasi natura per un importo totale di Euro _____ (in tal caso potrà eventualmente beneficiare della _____ misura, ma senza priorità);

- che il nucleo familiare vive in una abitazione (barrare l'opzione che ricorre):
di proprietà _____ locazione alloggio privato _____ comodato d'uso gratuito
altro _____;
- che uno dei componenti il nucleo familiare ha contratto/non ha contratto un mutuo per l'acquisto dell'abitazione principale (specificare l'ammontare della rata mensile _____) e che ha presentato/non ha presentato domanda per la sospensione del pagamento del mutuo;
- che i componenti il nucleo familiare non sono/sono proprietari/comproprietari di altre proprietà immobiliari da cui derivano canoni di locazioni annuali pari ad € _____.

SI IMPEGNA

- all'utilizzo del buono spesa in conformità all'uso consentito per l'acquisto esclusivamente di generi alimentari e di prima necessità secondo le modalità stabilite dal Comune di Pasturana.

Alla presente allega:

- copia di un valido documento di identità.

I dati relativi al procedimento sono trattati nel rispetto del Regolamento UE 679/2016 e del d.lgs. 196/2003, unicamente per le finalità connesse alla gestione del procedimento.

DATA _____ FIRMA DEL RICHIEDENTE _____