



# COMUNE DI MORTEGLIANO

C.A.P.: 33050 – PIAZZA G. VERDI, 10 – FAX 0432761778 – TEL. 0432826811  
C.F. 80006650305 – P.I. 00677260309

## Richiesta di contributo alimentare con buoni spesa - FASE 3

Dichiarazione sostitutiva di certificazione e/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 \_\_\_ in via \_\_\_  
n. \_\_\_ C.A.P. \_\_\_ identificato a mezzo \_\_\_  
nr. \_\_\_ rilasciato da \_\_\_ in data \_\_\_  
telefono: \_\_\_ cell.: \_\_\_  
indirizzo di posta elettronica: \_\_\_

Facente parte del nucleo familiare composto da n. \_\_\_ persone, di cui n. \_\_\_ minori e n. \_\_\_ persone con disabilità:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

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

**CHIEDO**

di partecipare alla assegnazione dei contributi previsti per l'assistenza alimentare, ai sensi dell'ordinanza della protezione civile n. 658/2020 per se stesso e per il proprio nucleo familiare.

**DICHIARO**

Che il proprio titolo di studio è il seguente: \_\_\_\_\_.

Che il proprio stato occupazionale è il seguente (indicare con una croce):

- Professione \_\_\_\_\_.
- Inoccupato.
- Disoccupato

Di essere in possesso della certificazione ai sensi della Legge 104/92 (indicare con una croce):

- SI.
- NO.

Di essere sottoposto a provvedimenti giudiziari (indicare con una croce):

- SI.
- NO.

Di essere in una delle seguenti condizioni (indicare con una croce):

- Condizione di migrante.
- Di origine straniera.
- Appartenente a minoranze.
- Nessuna delle precedenti.

**INOLTRE DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA**

Che il proprio nucleo familiare al momento

- Non percepisce alcun reddito.
- Percepisce i seguenti redditi mensili:

.....

(indicare natura ed ammontare)

Che il proprio nucleo familiare al momento:

- ha perso il lavoro a causa dell'emergenza Covid-19.
- non beneficia di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà.
- beneficia di altre forme di sostegno al reddito e alla povertà (Rei, Misure regionali di sostegno al reddito, Reddito di Cittadinanza, Naspi, Cassa Integrazione, indennità di mobilità...)

.....

(indicare natura ed ammontare del sussidio)

Altre note che si ritiene opportuno mettere a conoscenza:

.....  
.....

.....

Che il saldo complessivo dei conti correnti postali o bancari dei componenti del nucleo, alla data del 31/12/2020, ammonta ad euro:

.....

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti nella autocertificazione ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento n. 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio (Regolamento GDPR).

Luogo e data

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.