

**Autodichiarazione per la richiesta di contributo alimentare  
ai sensi dell'OCDPC 29 marzo 2020 n. 658**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli articoli 46 e 47  
del D.P.R. 28/02/2000, n. 445

l' sottoscritt \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia di \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ c.f.: \_\_\_\_\_  
cittadinanza: \_\_\_\_\_ residente nel Comune di Cugnoli alla via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.A.P. 65020, con recapito telefonico \_\_\_\_\_, facente parte del nucleo familiare composto, alla data di presentazione della presente richiesta, da (compreso il richiedente):

N.	Rapporto di parentela	Cognome e Nome	Codice Fiscale	Minore/disabile (l. n. 104/92)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

○ Essendo impossibilitato/a ad inviare la domanda tramite posta elettronica autorizza il servizio amministrativo / servizio sociale del Comune di Cugnoli ad effettuare un colloquio telefonico per la raccolta delle informazioni di seguito elencate,

A tal fine, consapevole di quanto prescritto dagli artt. 46 e 47 nonché dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 sulle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dall'art. 75 del D.P.R. n. 445/2000 sulla decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, sotto la propria responsabilità, visto l'Avviso pubblico del Comune di Cugnoli,

**CHIEDE**

di partecipare alla assegnazione dei contributi (buoni spesa) previsti per l'assistenza alimentare, ai sensi dell'ordinanza della protezione civile n. 658/2020 per sé 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 sanitaria a causa del Covid-19, in considerazione dei seguenti elementi (indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione al contributo):

- Presenza nel nucleo familiare di più di 2 minori a carico: n. minori di età inferiore a 12 anni \_\_\_\_\_
- Presenza nel nucleo familiare di uno o più componenti disabili (l. n. 104/92) che non godano di altri redditi (oppure con redditi inferiori ad € 400,00/mese): n. persone \_\_\_\_\_ - reddito: € \_\_\_\_\_
- Presenza nel nucleo familiare di minori a carico fino a 2: n. minori di età inferiore a 12 anni \_\_\_\_\_
- Non risultino assegnatari e che non abbiano nel proprio nucleo familiare, componenti dipendenti regolarmente stipendiati, pensionati o destinatari di altre misure di sostegno pubblico pari o superiore

ad € 450,00/mese (Reddito di cittadinanza, Rei, Naspi, Indennità di mobilità, Cassa integrazione, etc.):  
eventuale reddito percepito: \_\_\_\_\_

- Nucleo familiare monoreddito il cui titolare ha richiesto trattamento di sostegno al reddito o il datore di lavoro ha richiesto ammissione al trattamento di sostegno del reddito ai sensi del DL. n. 18/2020 (non ancora percepito) o il datore di lavoro abbia sospeso o ridotto l'orario di lavoro per cause non riconducibili a responsabilità del lavoratore;
- Nucleo familiare monoreddito che ha sospeso o chiuso attività in base ai suddetti DPCM e che non ha liquidità per il proprio sostentamento;
- Nucleo familiare monoreddito con lavori intermittenti e comunque tutti quei soggetti, che non riescono, in questa fase dell'emergenza sanitaria covid-19, ad acquistare beni di prima necessità alimentare;
- di beneficiare (nel proprio nucleo familiare) del seguente sussidio / integrazione al reddito \_\_\_\_\_ di provenienza statale, regionale e/o comunale pari ad € \_\_\_\_\_, ma di trovarsi attualmente in difficoltà economica per la seguente motivazione: \_\_\_\_\_
- altro \_\_\_\_\_
- di non disporre di depositi bancari/postali su c/c per un importo adeguato al superamento di questa emergenza sanitaria in corso (importo minore di € \_\_\_\_\_);
- eventuali comunicazioni in riferimento a intolleranze alimentari: \_\_\_\_\_

In caso di assegnazione dei buoni spesa, si impegna a rispettare tutte le disposizioni previste in merito.

Di essere consapevole che le dichiarazioni rese saranno oggetto di verifica da parte degli organi comunali e, in caso di dichiarazioni mendaci sarà deferito all'Autorità Giudiziaria competente

Di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte del Comune di Cugnoli ai soli fini di cui al presente procedimento, nonché alla trasmissione ai soggetti convenzionati per le finalità strettamente necessarie all'accettazione dei buoni spesa e ferma la responsabilità in caso di violazione della privacy su dati sensibili o sensibilissimi ai sensi del D.Lgs. n. 193/06 e ss.mm.ii. nonché del Reg UE n. 679/16.

Cugnoli, \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.

- Domanda acquisita telefonicamente in data \_\_\_\_\_ ed il richiedente si impegna a sottoscrivere la presente appena le condizioni sanitarie lo permetteranno. Invio SMS di conferma:  SI  NO
- Condizione di indigenza o di necessità individuata dai servizi sociali, ad es.:
  - Situazioni di fragilità recate dall'assenza di reti familiari e di prossimità;
  - Situazioni di marginalità e di particolare esclusione;
  - Altro (Descrivere): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Visto dell'assistente sociale  
\_\_\_\_\_