

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE  
AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE**

\_I\_ sottoscritt\_.....  
 nat\_ a..... il .....  
 residente a..... Via.....  
 tel./cell. .... e-mail .....

C.I. n..... del..... Comune.....

ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

**D I C H I A R A**

1 – che il proprio nucleo familiare è composto da componenti n. \_\_\_\_\_;

2 - che nel nucleo familiare sono presenti minori o figli a carico? Se si quanti \_\_\_\_\_;

3 - che nel nucleo familiare sono presenti portatori di handicap o persone con esigenze particolari. Se si quanti \_\_\_\_\_;

4 – di essere proprietario della casa in cui abita

Si     No

Se si, specificare se è stato contratto un mutuo e l'importo della rata mensile \_\_\_\_\_;

Se in affitto, indicare il canone affitto mensile \_\_\_\_\_;

5- di non essere intestatario, come pure i componenti del proprio nucleo familiare, di abitazioni diverse dell'abitazione prima casa;

6 - di voler accedere al buono spesa per Emergenza Covid-19 in quanto:

Titolare di P.IVA che ha sospeso l'attività in seguito all'emanazione dei provvedimenti governativi e/o regionali;

Titolare di P.IVA la cui attività non è stata sospesa, ma che ha avuto importanti riduzioni negli incassi;

Dipendente di impresa che ha sospeso l'attività/che non ha aperto a causa del Covid-19;

Lavoratore stagionale attualmente fermo;

Lavoratore occasionale attualmente fermo;

Dipendente con orario ridotto

Disoccupato

7 - che il sottoscritto e/o gli altri componenti del proprio nucleo familiare:

Percepiscono il Reddito di Cittadinanza, importo mensile di \_\_\_\_\_

- Percepiscono assegni pensionistici, se si quale tipo di pensione \_\_\_\_\_ e di che importo mensile € \_\_\_\_\_
- Percepiscono altre forme di aiuto pubblico (cassa integrazione, disoccupazione, ecc...)
- Non percepiscono altri sostegni pubblici

8 – che il proprio nucleo:

- dispone di una giacenza bancaria/postale, alla data del 31/10/2021, superiore a € 6.000,00;
- non** dispone di una giacenza bancaria/postale, alla data del 31/10/2021, superiore a € 6.000,00;

\*\*\* \* \*\*\*

Tanto sopra premesso,   1   sottoscritto chiede, come previsto dall'ordinanza n. 658 del 29.03.2020 e dal D.L. 23 novembre 2020 n. 154, di essere destinatari\_ delle risorse di solidarietà alimentari.

A tal fine dichiara

- da quando il reddito familiare si è ridotto .....
- l'ultimo stipendio percepito dai componenti il nucleo ed il relativo ammontare .....
- ogni altra causa idonea a giustificare la richiesta .....

Il sottoscritto si impegna a comunicare tempestivamente al Comune di Castelmassa ogni evento che determini una variazione alla situazione sopra indicata-

-----, .....

Firma

**(Allegare valido documento di identità)**

**N.B. SI RACCOMANDA DI COMPILARE IL MODULO IN OGNI SINGOLA PARTE E DI ALLEGARE COPIA DELLA DICHIARAZIONE ISEE IN CORSO DI VALIDITA'**