

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

\_1\_ 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 - nel nucleo familiare sono presenti minori? Si 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 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

6 - che il sottoscritto e/o gli altri componenti del proprio nucleo familiare: \*

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

Percepiscono altri assegni pensionistici, se si quale tipo di pensione \_\_\_\_\_

Percepiscono altre forme di aiuto pubblico \_\_\_\_\_

Non percepiscono altri sostegni pubblici.

