

INFORMAZIONI: Per ogni ulteriore informazione, gli interessati potranno contattare gli Uffici comunali **dal lunedì al venerdì esclusivamente dalle 10,00 alle 13,00** al numero 0961 967211 int. 224 / 227.

ALLEGATO B

**Al Responsabile dell'Area Amministrativa
Ufficio Promozione Sociale
del Comune di Botricello**

Autodichiarazione per la richiesta di contributo alimentare ai sensi del D.L. 154/2020 Dichiarazione sostitutiva di certificazione a/o sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445

Il/la sottoscritt _____ nat _____ a _____
provincia di _____ il _____ c.f.: _____
residente nel Comune di Botricello alla via _____ n. _____ con
recapito telefonico _____, facente parte del nucleo familiare
composto da:

N.	Cognome	Nome	Luogo di Nascita	Data di Nascita	Parentela
1					Dichiarante
2					
3					
4					
5					
6					
7					

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

CHIEDE

• di partecipare alla assegnazione dei contributi previsti per l'assistenza alimentare, ai sensi dell'ordinanza del D.L. 154/2020 per s 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, in considerazione dei seguenti elementi:

☐ Sospensione dell'attività commerciale/artigianale/industriale

(specificare il tipo di attività: _____);

☐ Sospensione del rapporto di lavoro subordinato nell'ambito di aziende di cui al punto precedente;

☐ Altro:

_____.

che, il proprio nucleo, ha percepito **nel mese di Novembre** i seguenti redditi derivanti da:

Reddito di cittadinanza €. _____

NASPI (disoccupazione) €. _____

Reddito di emergenza €. _____

Cassa Integrazione ordinaria e in deroga €. _____

Decreto ristoro €. _____

Stipendio €. _____

Pensione €. _____

Pensione sociale €. _____

Pensione di inabilità €. _____

Indennità di accompagnamento €. _____

Altro (Specificare) _____ €. _____

☐ di NON percepire (nel proprio nucleo familiare) alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale

☐ che le disponibilità finanziarie (depositi bancari, postali, ecc.) di tutto il nucleo familiare – alla data di sottoscrizione della presente – non superano:

☐ €. 5.000,00 (nucleo familiare fino a tre persone)

☐ €. 7.000,00 (nucleo familiare da quattro persone ed oltre)

☐ che la residenza del nucleo familiare è rappresentata da immobile:

☐ in affitto

☐ di proprietà

☐ altro _____

☐ che, nel proprio nucleo familiare, nessuno dei componenti ha prestato istanza per ottenere il medesimo beneficio, anche in altri comuni;

☐ che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ componenti;

- ☐ di **AVERE / NON AVERE** nel nucleo familiare portatori di handicap che non sono titolari di pensione di accompagnamento;
- ☐ che nel proprio nucleo familiare **VI SONO / NON VI SONO** soggetti affetti da patologie croniche in n. di _____;
- ☐ di avere un ISEE in corso di validità pari ad €. _____

ALLEGARE DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA' DEL SOTTOSCRITTORE

Botricello_____

Firma del dichiarante