



**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER LA FRUIZIONE DEI BENEFICI DI CUI ALL'ART. 4
ORDINANZA CAPO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29.03.2020 (art. 47 DPR 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a	<input type="text"/>	
nato/a il	<input type="text"/>	a <input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>	
Cittadinanza	<input type="text"/>	
Comune di residenza	<input type="text"/>	
Via/Piazza	<input type="text"/>	
<i>Comune di domicilio se diverso dalla residenza</i>	<input type="text"/>	
<i>Via/Piazza</i>	<input type="text"/>	
Recapiti telefonici	<input type="text"/>	
Indirizzo e-mail	<input type="text"/>	
Titolare permesso di soggiorno n.	<input type="text"/>	

per accedere ai benefici previsti per i “nuclei familiari più esposti agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica virus Covid-19” e per quelli “in stato di bisogno”, per soddisfare le necessità urgenti ed essenziali, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere

DICHIARA

Che fanno parte del proprio nucleo familiare i seguenti componenti:

Cognome e nome	<input type="text"/>	
nato/a il	<input type="text"/>	a <input type="text"/>
Codice fiscale	<input type="text"/>	
Cittadinanza	<input type="text"/>	

Cognome e nome	
nato/a il	a
Codice fiscale	
Cittadinanza	

Cognome e nome	
nato/a il	a
Codice fiscale	
Cittadinanza	

Cognome e nome	
nato/a il	a
Codice fiscale	
Cittadinanza	

Cognome e nome	
nato/a il	a
Codice fiscale	
Cittadinanza	

Numero dei componenti il nucleo familiare	
Numero minori presenti nel nucleo	
Numero persone ultra-sessantacinquenni	
Numero persone disabili	
Numero persone affette da patologie croniche	

Che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato domanda per la concessione dello stesso contributo.

Che a causa dell'emergenza da Covid-19 la situazione economica del nucleo familiare ha subito i seguenti effetti economici negativi anche temporanei:

Perdita del lavoro (licenziamento, mancato rinnovo di contratto a tempo determinato, ecc.) senza attivazione di armonizzatori sociali ovvero con ammortizzatori insufficienti in relazione al carico familiare. *(specificare di seguito)*

Sospensione temporanea dell'attività con partita IVA rientranti nei codici ATECO delle attività professionali, commerciali, produttive artigianali non consentite dal D.M. 25/03/2020 *(specificare di seguito)*

Impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali o saltuarie o intermittenti a causa dell'obbligo di permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria o per effetto della contrazione delle chiamate. *(specificare di seguito)*

Altro
(specificare di seguito)

Di possedere, alla data del 31/03/2020, a nome proprio e degli altri componenti del nucleo familiare, uno o più depositi bancari o postali di importo complessivo pari a euro

Che nessun componente del proprio nucleo familiare è assegnatario di altro sostegno pubblico integrativo del reddito.

Di percepire il/i seguente/i contributo/i pubblico/i (es. reddito di cittadinanza, cassa integrazione o altro) come specificato di seguito:

di importo mensile pari a euro

Di aver percepito un reddito netto complessivo nel mese di marzo 2020

di importo pari a euro

Che il proprio nucleo familiare ha la seguente condizione abitativa:

<input type="checkbox"/>	Affitto da privato con importo mensile di euro	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Casa di proprietà con mutuo attivo e rata mensile di euro	<input style="width: 150px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ospitato gratuitamente	
<input type="checkbox"/>	Alloggio di fortuna/senza fissa dimora	

<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	<input style="width: 250px; height: 50px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Indicare situazioni debitorie (affitto/utenze)	<input style="width: 250px; height: 50px;" type="text"/>

Che uno o più componenti del proprio nucleo familiare sono in carico ai seguenti servizi:

<input type="checkbox"/>	SerD
<input type="checkbox"/>	Consultorio
<input type="checkbox"/>	Salute mentale adulti
<input type="checkbox"/>	Salute mentale infanzia e adolescenza
<input type="checkbox"/>	Ministero della giustizia
<input type="checkbox"/>	Servizi Sociale e Socio-Sanitari della SDS Empolese Valdelsa

SI IMPEGNA

All'utilizzo del buono spesa in conformità all'uso consentito (acquisto esclusivamente di generi alimentari e di prima necessità).

DICHIARA

-di impegnarsi ad effettuare gli acquisti presso il/i seguente/i esercizio/i commerciale/i convenzionati con il Comune di domicilio/residenza. L'elenco degli esercizi commerciali è pubblicato sulla homepage del sito web Comune di residenza/domicilio

1)	<input type="text"/>	via	<input type="text"/>
2)	<input type="text"/>	via	<input type="text"/>
3)	<input type="text"/>	via	<input type="text"/>

- di essere edotto sul fatto che i dati personali inseriti nel presente modello di autocertificazione saranno, dal Comune, trasmessi all'esercizio commerciale (agli esercizi commerciali) sopra riportati nonché agli Enti del terzo settore tramite i quali, il Comune attuerà le misure di solidarietà alimentare.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali conformemente al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

ALLEGATO: Copia del documento di identità/di riconoscimento in corso di validità.

Data

Firma