Al Sig. Sindaco del Comune di Guardialfiera

 C.so Umberto I, 26 - 86030 GUARDIALFIERA

PEC: comune.guardialfieracb@legalmail.it

E-mail: comuneguardialfiera@virgilio.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE**

**AL FONDO DI SOLIDARIETA’ ALIMENTARE**

\_l\_ sottoscritt\_......................................................................................................................................................

nat\_ a................................................................................................ il ................................................................

residente a..................................................................... Via................................................................................

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 n. \_\_\_\_\_\_ persone di seguito elencate:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome e cognome** | **Rapporto di parentela/affinità****(coniuge, figlio, suocero…)** | **Professione****(lavoratore, studente, disoccupato...)** |
| 1 ………………………………. | ………………………………. | ………………………………. |
| 2 ………………………………. | ………………………………. | ………………………………. |
| 3 ………………………………. | ………………………………. | ………………………………. |
| 4 ………………………………. | ………………………………. | ………………………………. |
| 5 ………………………………. | ………………………………. | ………………………………. |
| 6 ………………………………. | ………………………………. | ………………………………. |
| 7 ………………………………. | ………………………………. | ………………………………. |
| 8 ………………………………. | ………………………………. | ………………………………. |
| 9 ………………………………. | ………………………………. | ………………………………. |

1. di godere/non delle seguenti misure pubbliche a sostegno del reddito:
* cassa integrazione,
* indennità di disoccupazione,
* reddito di cittadinanza,
* altro
1. di essere/non essere in una delle seguenti condizioni:
* nucleo familiare in cui sono presenti minori;
* nucleo monogenitoriale privo di reddito o in situazione tale da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori;
* nucleo familiare con presenza di disabilità permanente associata a disagio economico;
* nucleo familiare con situazioni di patologie che determinano una situazione di disagio socioeconomico;
* nucleo familiare senza alcun reddito;
* nucleo familiare monoreddito il cui titolare ha subito sospensione e/o riduzione dell’orario di lavoro ai sensi del D.L. 18/2020 e succ..
1. di essere/non essere proprietario/comproprietario della casa in cui abita e di avere/non avere altre proprietà immobiliari

(in caso di risposta positiva specificare quali):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. che i componenti del nucleo familiare sono/non sono assegnatari di sostegno pubblico (ordinanza n. 658 del 29.03.2020) se del caso indicare quali sono i beneficiari ……………………………………………….

e il tipo di sostegno …………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

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

Tanto sopra premesso, il/la sottoscritto/a chiede, come previsto dall’ordinanza n. 658 del 29.03.2020, di essere destinatario/a delle risorse di solidarietà alimentari.

Luogo……………………Data………………………………….

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Allegare valido documento di identità)