

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER LA FRUIZIONE DEI BENEFICI DI CUI ALL'ART. 2 DEL  
DECRETO LEGGE N. 154 DEL 23 NOVEMBRE 2020 "MISURE FINANZIARIE URGENTI CONNESSE  
ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19"**

Il/La sottoscritto/a

nato il  a

codice fiscale

cittadinanza

Comune di residenza

Via/Piazza

Comune di domicilio  
se diverso dalla residenza

Via/Piazza

Recapiti telefonici

indirizzo email

titolare del permesso  
di soggiorno n.

per accedere ai benefici previsti per "i nuclei familiari più esposti agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica viris 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 veritiere

**DICHIARA**

che la situazione finanziaria e lavorativa del proprio nucleo familiare è rimasta invariata rispetto al 31/12/2020

**DICHIARA**

che fanno parte del proprio nucleo familiare i seguenti componenti:

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

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  
(compresi i provvisoriamente domiciliati)

Numero persone ultra-settantacinquenni

Numero persone con certificazione di  
disabilità ex art. 3 c.3 L. 104/92

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 delle attività professionali, commerciali, produttive artigianali non riconducibili ai codici ATECO per i quali è previsto un contributo a fondo perduto (Decreti 137/2020, 149/2020 e 154/2020) . *(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 a nome proprio e degli altri componenti del nucleo familiare, uno o più depositi bancari o postali al 31 ottobre 2020  
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 ottobre 2020

di importo pari ad euro

Che il proprio nucleo familiare ha la seguente condizione abitativa:

Affitto da privato con importo mensile di euro

Casa di proprietà con mutuo attivo e rata mensile di euro

Ospitato gratuitamente

Alloggio di fortuna/senza fissa dimora

Altro (*specificare*)

Indicare situazioni debitorie (affitto/utenze)

**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 del Comune di residenza/domicilio

1)		via	
2)		via	
3)		via	

**- di essere edotto sul fatto che i dati personali inseriti nel presente modello di autocertificazione saranno, 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**