

AUTODICHIARAZIONE

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 FINALIZZATA ALLA EROGAZIONE DEI BENEFICI DI CUI ALL'ART .4 DELL'ORDINANZA DEL CAPO DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29.03.2020

Il sottoscritto _____ nato il _____ a _____ e residente nel Comune di _____ via _____, o in alternativa, a seguito della contingente emergenza epidemiologica Covid-19 e delle condizioni previste dalla vigente e conseguente normativa emanata dallo Stato e dalla Regione Emilia Romagna, di essere domiciliato nel Comune di _____ via _____, identificato a mezzo _____ nr. _____ rilasciato da _____ in data _____, utenza telefonica _____, MAIL (obbligatoria) _____, per accedere ai benefici previsti per i "nuclei familiari più esposti agli effetti economici, derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus COVID-19", e per quelli "in stato di bisogno", per soddisfare le necessità più urgenti ed essenziali, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci o non veritiere

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- che il proprio nucleo familiare anagrafico è composto da sé medesimo da nr. _____ componenti e segnatamente:

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE

- che nessun altro componente del proprio nucleo familiare residente o domiciliato ha presentato domanda per la concessione del presente contributo nel Comune di _____ e in nessun altro Comune di Italia;
- che a causa dell'emergenza da COVID-19 ha subito i seguenti effetti economici negativi anche temporanei i componenti del nucleo familiare sopra individuato (BARRARE E COMPILARE MOTIVAZIONI):
 perdita o riduzione del lavoro (licenziamento, mancato rinnovo di contratto a tempo determinato, riduzione delle ore lavorative) senza attivazione di ammortizzatori sociali ovvero con ammortizzatori insufficienti in relazione al fabbisogno familiare;

SPECIFICARE:

- sospensione temporanea dell'attività con partita IVA rientranti nei codici ATECO delle attività professionali, commerciali, produttive artigianali non consentite dal DPCM 22 marzo 2020 e successive integrazioni;

SPECIFICARE:

- impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali/stagionali o intermittenti a causa dell'obbligo di permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria o per effetto della contrazione delle chiamate;

SPECIFICARE:

- altro:

SPECIFICARE:

di non essere in possesso al 31 marzo 2020, a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, di depositi bancari o postali di importo complessivo superiore a 5.000,00 euro;

- di non avere percepito alla presente data per il mese di marzo 2020, a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, redditi e contributi e sussidi di qualsiasi natura di importo complessivo superiore a Euro 600,00 mensili

oppure

- di avere percepito alla presente data per il mese di marzo 2020 a nome proprio e di altro componente il nucleo familiare redditi e contributi e sussidi di qualsiasi natura per un importo totale di Euro _____ (in tal caso potrà eventualmente beneficiare della misura, ma senza priorità, sulla base di attestazione del Servizio sociale dello stato di necessità)

SI IMPEGNA

- all'utilizzo del buono spesa in conformità all'uso consentito per l'acquisto esclusivamente di generi alimentari e di prima necessità secondo le modalità stabilite dall'Istituzione Servizi Sociali dell'Unione dei Comuni dell'Appennino Bolognese.

Alla presente allega:

- copia di un valido documento di identità.

DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE
