DOMANDA PER LA CONCESSIONE DEI BUONI ALIMENTARI

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEL DPCM 28 MARZO 2020 CRITERI DI FORMAZIONE E DI RIPARTO DEL FONDO DI SOLIDARIETA' COMUNALE 2020.

MISURE A CONTRASTO DELL'EMERGENZA ALIMENTARE CAUSATA DAL COVID-19.

Il sottoscritto/anato	ɔ/a	il		
residente a Pieve d'Olmi in Via/P.zza		n		
Codice fiscale	. Telefono n			
Cell. n Email				
Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti				

falsi, richiamate dall'art.76 del D.P.R 445 del 28 dicembre 2000 e delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art.495 C.P.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI TROVARSI IN STATO DI BISOGNO PER GLI EFFETTI DEI PROVVEDIMENTI RESTRITTIVI DETTATI DALL'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19 E DI ESSERE NELLA SEGUENTE SITUAZIONE AUTOCERTIFICATA

a) il nucleo FAMILIARE è composto da n. persone per come segue:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	RAPPORTO DI PARENTELA	CONVIVENTE NELLA		LA AI SENSI		CONDIZIONE LAVORATIVA	
		INASCITA	NASCITA	PANEINIELA	STESSA ABITAZIONE		DELLA L.104/1992			
	<u> </u>				SI	NO	SI	NO	OCCUPATO	NON OCCUPATO

b) la situazione ABITATIVA è, con riferimento all'anno in corso, la seguente:
 o abitazione di proprietà o di essere inquilino di un alloggio di edilizia residenziale pubblica di proprietà comunale o di proprietà ALER e di pagare un canone mensile di euro ➤ di essere in regola con il pagamento il pagamento affitto SI / NO (barrare) ➤ di essere moroso per €
→ di essere inquilino di un alloggio di edilizia residenziale privata e di pagare un canone mensile di affitto di euroe di essere in regola con il pagamento il pagamento affitto SI/NO (barrare) eventualmente di essere moroso per €;
Dichiaro inoltre di essere in possesso di altri immobili/abitazioni: SI / NO (barrare)
Se sì specificare
c) la situazione LAVORATIVA è la seguente:
o di ESSERE OCCUPATO in qualità di presso la Ditta con sede (indirizzo)con contratto di lavoro: ➤ a tempo determinato con scadenza il ➤ a tempo indeterminato
O di ESSERE OCCUPATO in qualità di libero professionista/lavoro autonomo:
E dichiara, causa Covid-19, di:
 o non lavorare dalla data
Dichiara inoltre di:
 → di aver percepito nei mesi precedenti la cessazione del rapporto di lavoro una retribuzione netta mensile pari a:
O di NON ESSERE OCCUPATO dal giorno:

d) la situazione REDDITUALE è la seguente:

Situazione reddituale famigliare					
	entrate				
Totale stipendi €					
Percezione indennità di disoccupazione del valore di €					
Pensione del valore di €					
Cassa integrazione di disoccupazione del valore di €					
Reddito di cittadinanza di disoccupazione del valore di €					
Somma					
Situazione economica patrimoniale (risparmi)					
	Indicare con "X"				
Presenza di risparmi inferiori a € 10.000,00					
Presenza di risparmi da € 10.001,00 a € 20.000,00					
Presenza di risparmi da € 20.001,00 a € 50.000,00					
Non è previsto contributo per presenza di risparmio oltre € 50.001,00					
INOLTRE SI PRECISA CHE LA DOMANDA, PER ESSERE RITENUTA VALIDA, DOVRA' ESSERE COMPILATA IN TUTTE LE SUE PARTI E CORREDATA DALLA FOTOCOPIA DELLA CARTA D'IDENTITÀ DEL RICHIEDENTE. SI CHIEDE DI INDICARE GLI ALLEGATI A CORREDO DELLA DOMANDA. Indicare gli allegati alla domanda:					
Firma del Richiedente (allegare documento di ide	entità)				