

**Autodichiarazione per la richiesta di contributo alimentare
ai sensi del l' OCDPC 29 marzo 2020 n. 658**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione a/o sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi
degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445

___ l ___ sottoscritt ___ nat ___ a ___ provincia di
___ il ___ c.f.: _____

residente nel Comune di Pietrasanta alla via _____ n. _____ C.A.P. _____ con
recapito telefonico _____, indirizzo mail _____

Importo complessivo buono spesa spettante fabbisogno di 15 giorni: nucleo persone n. _____ € _____

Facente parte del nucleo familiare composto da:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76
del D.P.R. 28/10/2000 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità

CHIEDE

- di partecipare alla assegnazione dei contributi previsti per l'assistenza alimentare, ai sensi dell'ordinanza
della protezione civile n. 658/2020 per se stesso e per il proprio nucleo familiare.

DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA

- la propria condizione di disagio conseguente alla attuale emergenza in considerazione dei seguenti
elementi: (indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini
della definizione della partecipazione e dell'entità del contributo)

Descrivere: _____

- di non percepire (nel proprio nucleo familiare) alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale
e/o comunale
o alternativamente di beneficiare del seguente sussidio _____ per € _____
- di disporre di depositi bancari/postali pari ad euro _____
- di abitare nella casa di proprietà/di abitare in un alloggio in affitto al canone mensile di
€ _____
- di non percepire altre rendite da fabbricati locati
- **di comunicare tempestivamente ogni variazione migliorativa della suesposta condizione di disagio**

Luogo e data

Firma del dichiarante _____

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.