



COMUNE DI ANCONA

Direzione Politiche Sociali, Servizi Scolastici ed Educativi

CARTEGGIO RISERVATO

PER USO ESCLUSIVAMENTE ASSISTENZIALE A NORMA DELL'ART.
622 CODICE PENALE

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, 47, 75, 76 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445

___ I ___ sottoscritto/a _____
nato/a _____ Nazione _____ provincia _____
di _____ il _____ sesso _____
residente nel Comune di _____ alla via _____ n. _____
C.A.P. _____ con recapito telefonico _____

Permesso di soggiorno/ Carta di soggiorno Si No

TESSERA SANITARIA ELETTRONICA Si No

Codice Fiscale: _____

dichiara che il proprio nucleo è così composto

COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE	SESSO	GRADO DI PARENTELA	ETA'	STATO CIVILE (celibe/nubile)(coniugato/a) (divorziato/a) (separato/a) (vedovo/a)	ATTIVITA' LAVORATIVA/PENSIONATO /SUTDNETE/DISOCCUPATO

SITUAZIONE ALLOGGIATIVA: inserire importo mensile

Privo Affittacamere € _____ Coabitazione € _____ Proprietà

Mutuo _____ Affitto euro _____

SITUAZIONE SANITARIA: Invalidità civile Legge 104/92 Legge 68/99 nessuna delle precedenti

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 all'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:

NUCLEO FAMILIARE MONOREDDITO

Si No

DISOCCUPATO PER EMERGENZA COVID-19 (in cassa integrazione)

dal _____

PERSO LAVORO DA COVID (interinale, stagionale)

dal _____

PARTITA IVA ATTIVA AL 23/2/2020

Si No

O ALTRO _____

di non percepire (nel proprio nucleo familiare) alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale

di percepire RDC € _____ REI€ _____ altro€ _____

di NON disporre di depositi bancari/postali/risparmi che consentono di far fronte nell'immediato alle necessità e bisogni primari alimentari.

Luogo e data, _____ Firma del dichiarante _____

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.

INFORMATIVA AI SENSI DEGLI ARTICOLI 13-14, REGOLAMENTO UE N. 2016/679

in ordine all'utilizzo dei dati personali connessi al beneficio richiesto concedo l'assenso Si No

Spazio riservato alla Valutazione

CODICE FISCALE _____

In riferimento alla richiesta di Buoni Viveri di COGNOME _____ NOME _____

si conferma non si conferma

MOTIVAZIONE E CONTRIBUTO CONCESSO € _____

Data e Firma del Responsabile
