**AUTOCERTIFICAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47 e 75 D.P.R. 445/2000**

**Al Comune di Vejano**

**Ufficio Servizi Sociali/Affari generali**

**Oggetto: EMERGENZA COVID-19**

**MISURE URGENTI DI SOLIDARIETÀ ALIMENTARE E DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE CHE VERSANO IN STA- TO DI BISOGNO PER IL PAGAMENTO DEI CANONI DI LOCAZIONE E DELLE UTENZE DOMESTICHE. ART. 53, COMMA 1, DEL D.L. 73/2021.**

Il/la sottoscritt\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

documento di identità \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ recapito telefonico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

Di poter usufruire dell’erogazione di contributi economici secondo le modalità previste dagli atti sopra citati a favore del proprio nucleo familiare.

*A tal fine,consapevole di quanto prescritto dagli artt. 46 e 47 nonché dall’art. 76 del D.P.R. n. 445/00 sulle responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e dall’art. 75 sulla decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere,*

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’**

* di non svolgere alcuna attività lavorativa dalla data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di aver chiuso la propria attività lavorativa (esercizio commerciale, azienda, ditta, altro) in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a causa di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* di non essere titolare di pensione (lavoro, lavoro protetto, gestione separata, invalidità, accompagnamento, pensione sociale, infort. sul lavoro, pensioni supplementari, altro);
* di non percepire alcun ammortizzatore sociale (NASPI, cassa integrazione, mobilità, solidarietà, disoccupazione speciale, LPU, altro);
* di non ricevere benefici economici da servizi ASL o altro Ente o Azienda per attività lavorativa protetta (tirocini terapeutici, tirocini formativi, altro);
* di non essere titolare di reddito di cittadinanza o di altro beneficio economico;
* di non avere a disposizione altri mezzi per garantire il godimento di beni di prima necessità al proprio nucleo familiare;
* di ricevere un introito/ introiti mensile/i di conferimento familiare derivante/i da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (es. pensione, indennità ect) il cui importo totale ammonta a € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mensili (cifra mensile percepita), che però non risulta sufficiente al sostentamento del nucleo familiare.
* Presenza nel nucleo familiare di uno o più minori a carico;
* Presenza nel nucleo familiare di uno o più componenti disabili;
* Dichiara inoltre che il proprio nucleo familiare è composto da:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N** | **Rapporto di parentela** | **Cognome e Nome** | **età** | **Codice Fiscale** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |

ed altresì, **per sé e per i componenti del proprio nucleo familiare**

**DICHIARA**

che nessuno dei membri suddetti si trova in una situazione economica differente da quella del richiedente.

**SI IMPEGNA INFINE A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE A CODESTA AMMINISTRAZIONE QUALSIASI VARIAZIONE A QUANTO DICHIARATO NEL PRESENTE ATTO INTERVENUTA NEL PERIODO SUCCESSIVO.**

Allega fotocopia della carta d’identità o di idoneo documento di riconoscimento.

DATA FIRMA