

**MODULO DI AUTOCERTICAZIONE PER LA RICHIESTA DEGLI INTERVENTI DI  
CONTRIBUTI ALIMENTARI AI SENSI DEL OCDPC 29 MARZO 2020, N°445**

Il Sottoscritto: (cognome)..... (nome).....

Nato a ..... Prov.....il.....

Residente in via/p.zza.....n.....

Comune di.....Prov.....CAP.....

Recapito telefonico:.....

Codice Fiscale.....

Facente parte del nucleo familiare composto da:

<b>cognome e nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Grado di parentela</b>

Consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall'art. 76 del D.P.R. 28/10/2020 n° 445 e successive modificazioni, sotto la propria responsabilità

**CHIEDE**

Di essere ammesso alle misure urgenti di solidarietà alimentare, definite da questa amministrazione a seguito dell'Ordinanza del capo del dipartimento della protezione civile n°658 del 30/03/2020.

Il sottoscritto, **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 *disoccupato, inoccupato, in NASPI, in mobilità, lavoratore autonomo, dipendente, pensionale*):
- 
- 
- 

- Di non percepire (nel proprio nucleo familiare) alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale (reddito di inclusione, reddito di cittadinanza, pronto intervento sociale) o di alternativamente di beneficiare del seguente sussidio:
- 
- 
- 

Al fine della richiesta del beneficio, dichiaro inoltre:

- Che la mia condizione mi porta ad avere la necessità del supporto sociale;
- Che verso in condizioni di grave difficoltà socio-economica e familiare;
- Di essere cittadino italiano o comunitario o suo familiare titolare del diritto di soggiorno o del diritto di soggiorno permanente, ovvero cittadino straniero in possesso del permesso di soggiorno CE lungo periodo;
- Di essere residente in Italia da almeno 2 anni;
- Di eventualmente godere di protezione internazionale
- Che percepisco / non percepisco assegno di accompagnamento: Sì...../NO.....;
- Che percepisco / non percepisco assegno per l'invalidità civile: Sì...../NO.....;
- Che il reddito del mio nucleo familiare convivente, certificato ai fine ISEE è il seguente €.....(allegare attestazione ISEE valido se in possesso);
- Di non possedere un patrimonio mobiliare (in depositi, titoli, ad altri beni) del valore superiore oltre i 10,000,00 euro;
- Di utilizzare il beneficio eventuale concesso esclusivamente per le finalità di agevolazioni previste dal servizio sociale comunale;
- Di informare immediatamente Il Servizio Sociale del Comune di Pescosansonesco nel caso di variazioni significative della propria situazione di vita e/o rispetto alla mia condizione di disagio sociale;
- Di essere a conoscenza che, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 1, si procederà ad idonei controlli diretti ad accertare la veridicità delle dichiarazioni rese e che qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto delle dichiarazioni, ai sensi del D.P.R. 403/98 art. 11, comma 3, il/la sottoscritto/a decade da i benefici ottenuti.

*\* Allego documento di identità e codice fiscale in corso di validità ai sensi della normativa vigente*

Pescosansonesco.....

Firma.....