

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER ACCEDERE
AL FONDO DI SOLIDARIETA' ALIMENTARE**

Il sottoscritt
nat a..... il
residente a..... Via.....
ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000 sotto la propria personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del medesimo decreto, dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

DICHIARA

1. che il proprio nucleo familiare è composto da n. _____ persone di seguito elencate:

| Nome e cognome | Rapporto di parentela/affinità (coniuge, figlio, suocero...) | Professione (lavoratore, studente, disoccupato...) |
|-----------------------|---|---|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |

2. di godere/non delle seguenti misure pubbliche a sostegno del reddito:

- cassa integrazione,
- indennità di disoccupazione,
- reddito di cittadinanza,
- altro

3. di essere/non essere in una delle seguenti condizioni:

- nucleo familiare in cui sono presenti minori;
- nucleo monogenitoriale privo di reddito o in situazione tale da non poter soddisfare i bisogni primari dei minori;
- nucleo familiare con presenza di disabilità permanente associata a disagio economico;

- nucleo familiare con situazioni di patologie che determinano una situazione di disagio socioeconomico;
- nucleo familiare senza alcun reddito;
- nucleo familiare monoreddito il cui titolare ha subito sospensione e/o riduzione dell'orario di lavoro ai sensi del D.L. 18/2020 e succ..

4. di essere/non essere proprietario/comproprietario della casa in cui abita e di avere/non avere altre proprietà immobiliari

(in caso di risposta positiva specificare quali):

.....

5. che i componenti del nucleo familiare sono/non sono assegnatari di sostegno pubblico (ordinanza n. 658 del 29.03.2020) se del caso indicare quali sono i beneficiari

.....
 e il tipo di sostegno

*** * ***

Tanto sopra premesso, il/la sottoscritto/a chiede, come previsto dall'ordinanza n. 658 del 29.03.2020, di essere destinatario/a delle risorse di solidarietà alimentari.

Luogo.....Data.....

Firma

 (Allegare valido documento di identità)