

**MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER RICHIESTA BUONO SPESA UNA
TANTUM - EMERGENZA COVID-19 D.L. 154 del 23.11.2020 – MISURE URGENTI DI
SOLIDARIETA' ALIMENTARE.**

Il sottoscritto _____,
nato a _____, il _____ e residente in _____ in via
_____, recapito telefonico _____,
mail: _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

- di trovarsi nelle situazioni indicate dal n. 1 al n. 7 del provvedimento sindacale ed è consapevole che una eventuale dichiarazione falsa è causa di responsabilità penale.
- A tal fine, è altresì consapevole che la presente dichiarazione potrà essere oggetto di controllo e di verifica anche da parte della Guardia di Finanza.
- A tal scopo, ai sensi del D.P.R. n. 445 consapevole, in caso di dichiarazione non veritiere e di falsità negli atti delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).
- Che nessun membro del proprio nucleo familiare ha presentato domanda di ammissione al beneficio di cui al Decreto Legge 154 del 23 novembre 2020.
- Che il proprio nucleo familiare risulta così composto:

N.	NOME	COGNOME	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	PORTATORE DI HANDICAP	PARENTELA
1						DICHIARANTE
2						
3						
4						
5						

- di essere cittadino italiano; cittadino dell'Unione Europea nel rispetto degli accordi internazionali vigenti; straniero, apolide, regolarmente soggiornante ai sensi della normativa statale che versi in stato di bisogno;
- di essere residente nel Comune di Campotosto al momento di presentazione della domanda;
- essere titolare di un contratto di locazione: SI; NO;

- di non essere percettore di altre misure a sostegno del reddito predisposte dallo Stato per emergenza COVID-19;
- di non essere percettore di altra misura di intervento statale (disoccupazione, cassa integrazione ordinaria, Reddito di Cittadinanza, R.E.I, ecc.) a sostegno di situazione di emergenza sociale di qualsiasi tipo o se percettori l'entità del contributo concesso non sia superiore ad euro 686,98;
- di non avere al momento di presentazione della domanda un contratto di lavoro dipendente o assimilato;
- di non avere nel nucleo familiare soggetti percettori di pensioni contributive e pensioni sociali o assegni sociali.

SPECIFICARE ULTERIORI CAUSE DI DIFFICOLTÀ CONNESSE ALL'EMERGENZA COVID-19, NON RICONOSCIBILI AI PUNTI DI CUI SOPRA:

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSO AI BENEFICI DI CUI AL DECRETO LEGGE N. n. 154 del 23.11.2020

ALLEGARE UNA COPIA (FRONTE/RETRO) DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO

Luogo e data

Firma

Nome e Cognome
