



COMUNE DI FOSCIANDORA
Provincia di Lucca

**Autodichiarazione per la richiesta di contributo alimentare
ai sensi dell'art. 2 ordinanza n. 658 del 29 marzo 2020 e del
D.L. n. 154/2020.**

Dichiarazione sostitutiva di certificazione a/o sostitutiva dell'atto di notorietà resa ai sensi
degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28/02/2000, n. 445

____ I _____ sottoscritt _____ nat ____ a _____ provincia di
_____ il _____ c.f.: _____ residente nel
Comune di _____ alla via _____ n. _____ C.A.P.
_____ con recapito telefonico _____,

Facente parte del nucleo familiare composto oltre che dal/dalla sottoscritt ____ da:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

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 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):

- che nel proprio nucleo familiare non si percepisce alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o
comunale;

o alternativamente

- che nel proprio nucleo familiare, sono percepiti i seguenti sussidi:

Cognome _____ Nome _____ sussidio _____ Entità mensile _____

Cognome _____ Nome _____ sussidio _____ Entità mensile _____

Cognome _____ Nome _____ sussidio _____ Entità mensile _____

- che il suddetto nucleo familiare non dispone di depositi bancari/postali tali da superare l'attuale difficoltà.

**Autorizza il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR
(Regolamento UE 2016/679).**

Luogo e data _____

Firma del dichiarante _____

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.