



**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. 73/2021.**

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 di:

- buoni spesa (da utilizzare negli esercizi commerciali convenzionati);**
- un contributo economico per pagamento canoni di locazione e utenze domestiche**

**(indicare IBAN \_\_\_\_\_)**

a sostegno dei cittadini in stato di bisogno, prevalentemente colpiti dall'emergenza epidemiologica da Covid-19  
così come previsto dal D.L. 73/2021 per sé stesso e per il proprio nucleo familiare.

**DICHIARA ED AUTOCERTIFICA PER L'INTERO NUCLEO FAMILIARE DI CUI SOPRA**

- la condizione di disagio conseguente all'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.