

Allegato

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 FINALIZZATA ALLA EROGAZIONE DEI BENEFICI DI CUI ALL'ART 4 DELL'ORDINANZA DEL CAPO DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE N. 658 DEL 29.03.2020 e del DPCM n.154 in data 23/11/2020**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ automunito [ ] SI [ ] NO telefono \_\_\_\_\_ identificato a mezzo \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ MAIL \_\_\_\_\_, per accedere ai benefici previsti per i "nuclei familiari più esposti agli effetti economici, derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus COVID-19", e per quelli "in stato di bisogno", per soddisfare le necessità più urgenti ed essenziali, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76, D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci o non veritiere

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- che il proprio nucleo familiare anagrafico è composto da n. \_\_\_\_\_, di cui:  
n. adulti ... n. .... fragili n. ... disabili n. .... non autosufficienti n. .... minori (di cui disabili.....;  
n. .... neonati);
- che nessun altro componente del proprio nucleo familiare residente o domiciliato ha presentato domanda per la concessione del presente contributo nel comune di Gaggio Montano , nei Comuni del distretto dell'Appennino Bolognese e in nessun altro Comune di Italia;
- che a causa dell'emergenza da COVID-19 ha subito i seguenti effetti economici negativi anche temporanei i componenti del nucleo familiare sopra individuato (BARRARE E COMPILARE MOTIVAZIONI):
  - perdita o riduzione del lavoro (licenziamento, mancato rinnovo di contratto a tempo determinato, riduzione delle ore lavorative)  
[ ] senza attivazione di ammortizzatori sociali  
[ ] con ammortizzatori insufficienti in relazione al fabbisogno familiare; **SPECIFICARE:**  
.....
  - sospensione temporanea dell'attività;  
○ **SPECIFICARE:** .....
  - .....
  - impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali/stagionali o intermittenti a causa dell'obbligo di permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria o per effetto della contrazione delle chiamate; **SPECIFICARE:**  
.....
  - altro: **SPECIFICARE:**  
.....
- di non avere percepito alla presente data per il mese di novembre 2020, a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, redditi e contributi e sussidi di qualsiasi natura;

oppure

- di avere percepito alla presente data per il mese di novembre 2020 a nome proprio e di altro componente il nucleo familiare redditi e contributi e sussidi di qualsiasi natura (fatta eccezione dei buoni consegnati dal comune) per un importo totale di Euro \_\_\_\_\_ (in tal caso potrà eventualmente beneficiare della misura, ma senza priorità, sulla base di attestazione del Servizio sociale dello stato di necessità)
- di essere consapevole del fatto che il Comune si riserva la possibilità di verificare la veridicità delle dichiarazioni rese in sede di istanza provvedendo al recupero delle somme erogate e alla denuncia all'Autorità Giudiziaria ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di false dichiarazioni

**SI IMPEGNA**

- all'utilizzo di altro strumento/misura di solidarietà alimentare in conformità all'uso consentito secondo le modalità stabilite dal Comune di Gaggio Montano;

**Alla presente allega:**

- **copia di un valido documento di identità.**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE

.....

-----