

### 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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e **residente nel Comune di MARZABOTTO** via \_\_\_\_\_, *o in alternativa*, a seguito della contingente emergenza epidemiologica Covid-19 e delle condizioni previste dalla vigente e conseguente normativa emanata dallo Stato e dalla Regione Emilia Romagna, di essere domiciliato nel Comune di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_, identificato a mezzo \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, utenza telefonica \_\_\_\_\_, MAIL (obbligatoria) \_\_\_\_\_, 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 sé medesimo **per un totale di nr. \_\_\_\_\_ componenti** e segnatamente:

COGNOME	NOME	CODICE FISCALE
(RICHIEDENTE)		

- che nessun altro componente del proprio nucleo familiare residente o domiciliato ha presentato domanda per la concessione del presente contributo nel Comune di MARZABOTTO 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 quella più adatta alla propria situazione 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 ovvero con ammortizzatori insufficienti in relazione al fabbisogno familiare;

SPECIFICARE:

---

---

---

---

- sospensione temporanea dell'attività con partita IVA rientranti nei codici ATECO delle attività professionali, commerciali, produttive artigianali non consentite dal DPCM 22 marzo 2020 e successive integrazioni;

*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:*

---

---

---

---

**Dichiara di NON essere in possesso al 31 marzo 2020, a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, di depositi bancari o postali di importo complessivo superiore a 5.000,00 euro (REQUISITO OBBLIGATORIO PER L'AMMISSIONE AL BENEFICIO);**

- di NON avere percepito alla presente data per il mese di marzo 2020, a nome proprio o di altro componente del nucleo familiare, redditi e contributi e sussidi di qualsiasi natura di importo complessivo superiore a Euro 600,00 mensili**

### **OPPURE**

- di avere percepito alla presente data per il mese di marzo 2020 a nome proprio e di altro componente il nucleo familiare redditi e contributi e sussidi di qualsiasi natura 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)

### **SI IMPEGNA**

- all'utilizzo del buono spesa in conformità all'uso consentito per l'acquisto esclusivamente di generi alimentari e di prima necessità secondo le modalità stabilite dall'Istituzione Servizi Sociali dell'Unione dei Comuni dell'Appennino Bolognese.

Alla presente allega:

- o copia di un valido documento di identità.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_