

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER LA FRUIZIONE DEI BENEFICI DI CUI ALL'ART. 2 DEL  
DECRETO LEGGE N. 154 DEL 23 NOVEMBRE 2020 "MISURE FINANZIARIE URGENTI  
CONNESSE ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19";**

Il/la sottoscritto/a		
nato/a il		a
Codice fiscale		
Cittadinanza		
Comune di residenza		
Via/Piazza		
<i>Comune di domicilio se diverso dalla residenza</i>		
<i>Via/Piazza</i>		
Recapiti telefonici		
Indirizzo e-mail		
Titolare permesso di soggiorno n.		

per accedere ai benefici previsti per i “nuclei familiari più esposti agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica virus Covid-19” e per quelli “in stato di bisogno”, per soddisfare le necessità urgenti ed essenziali, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e non veritiere

**DICHIARA**

Che fanno parte del proprio nucleo familiare i seguenti componenti:

Cognome e nome		
nato/a il		a
Codice fiscale		
Cittadinanza		

Cognome e nome		
nato/a il		a
Codice fiscale		
Cittadinanza		

Cognome e nome		
nato/a il	a	
Codice fiscale		
Cittadinanza		

Cognome e nome		
nato/a il	a	
Codice fiscale		
Cittadinanza		

Cognome e nome		
nato/a il	a	
Codice fiscale		
Cittadinanza		

Cognome e nome		
nato/a il	a	
Codice fiscale		
Cittadinanza		

Numero dei componenti il nucleo familiare	<input type="text"/>
Numero minori presenti nel nucleo (compresi i provvisoriamente domiciliati)	<input type="text"/>
Numero persone ultra-sessantacinquenni	<input type="text"/>
Numero persone con certificazione di disabilità ex art. 3 c.3 L.104/92	<input type="text"/>
Numero persone affette da patologie croniche	<input type="text"/>

Che nessun altro componente del proprio nucleo familiare ha presentato domanda per la concessione dello stesso contributo.

Che a causa dell'emergenza da Covid-19 la situazione economica del nucleo familiare ha subito i seguenti effetti economici negativi anche temporanei:

Perdita del lavoro (licenziamento, mancato rinnovo di contratto a tempo determinato, ecc.) senza attivazione di armonizzatori sociali ovvero con ammortizzatori insufficienti in relazione al carico familiare. *(specificare di seguito)*

Sospensione temporanea dell'attività con partita IVA delle attività professionali, commerciali, produttive artigianali non riconducibili ai codici ATECO per i quali è previsto un contributo a fondo perduto (Decreti 137/2020; 149/2020 e 154/2020) *(specificare di seguito)*

Impossibilità di percepire reddito derivante da prestazioni occasionali o saltuarie o intermittenti a causa dell'obbligo di permanenza domiciliare con sorveglianza sanitaria o per effetto della contrazione delle chiamate. *(specificare di seguito)*

Altro  
*(specificare di seguito)*

Di possedere, a nome proprio e degli altri componenti del nucleo familiare, uno o più depositi bancari o postali al 31 ottobre 2020

Di importo complessivo pari a euro

Che nessun componente del proprio nucleo familiare è assegnatario di altro sostegno pubblico integrativo del reddito.

Di percepire il/i seguente/i contributo/i pubblico/i (es. reddito di cittadinanza, cassa integrazione o altro) come specificato di seguito:

di importo mensile pari a euro

Di aver percepito un reddito netto complessivo nel mese di ottobre 2020

di importo pari a euro

Che il proprio nucleo familiare ha la seguente condizione abitativa:

<input type="checkbox"/>	Affitto da privato con importo mensile di euro	<input style="width: 250px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Casa di proprietà con mutuo attivo e rata mensile di euro	<input style="width: 250px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Ospitato gratuitamente	
<input type="checkbox"/>	Alloggio di fortuna/senza fissa dimora	

<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	<input style="width: 250px; height: 50px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Indicare situazioni debitorie (affitto/utenze)	<input style="width: 250px; height: 50px;" type="text"/>

### SI IMPEGNA

All'utilizzo del buono spesa in conformità all'uso consentito (acquisto esclusivamente di generi alimentari e di prima necessità).

### DICHIARA

- di impegnarsi ad effettuare gli acquisti presso gli esercizi commerciali convenzionati con il Comune di Certaldo inseriti nell'elenco pubblicato sul sito [www.comune.certaldo.fi.it](http://www.comune.certaldo.fi.it)

- di essere edotto sul fatto che i dati personali inseriti nel presente modello di autocertificazione saranno, dal Comune, trasmessi all'esercizio commerciale (agli esercizi commerciali) sopra riportati nonché agli Enti del terzo settore tramite i quali, il Comune attuerà le misure di solidarietà alimentare.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali conformemente al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).

ALLEGATO: Copia del documento di identità/di riconoscimento in corso di validità.

Data

Firma