

**AUTOCERTIFICAZIONE A CORREDO DELLA
DOMANDA DI ACCESSO AI BUONI SPESA**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
 _____ il ___/___/___ residente in _____ alla
 Via/Piazza _____ n° _____ Tel. _____
 _____ cell. _____ Codice
 fiscale: _____

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, al fine di ottenere i benefici di cui all'Avviso per l'attribuzione di buoni spesa pubblicato in data _____ inerente all'Ordinanza del Capo Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29/03/2020.

DICHIARA

1. che la propria famiglia residente in Atripalda (AV) alla via/piazza _____ è composta dal dichiarante e dai seguenti componenti:

1.1. _____ (Cognome) _____ (Nome),
 _____ (Nato/a a) _____ (data)
 _____ (rapp. parentela con il dichiarante).

1.2. _____ (Cognome) _____ (Nome),
 _____ (Nato/a a) _____ (data)
 _____ (rapp. parentela con il dichiarante).

1.3. _____ (Cognome) _____ (Nome),
 _____ (Nato/a a) _____ (data)
 _____ (rapp. parentela con il dichiarante).

1.4. _____ (Cognome) _____ (Nome),
 _____ (Nato/a a) _____ (data)
 _____ (rapp. parentela con il dichiarante).

1.5. _____ (Cognome) _____ (Nome),
 _____ (Nato/a a) _____ (data)
 _____ (rapp. parentela con il dichiarante).

1.6. _____ (Cognome) _____ (Nome),
 _____ (Nato/a a) _____ (data)
 _____ (rapp. parentela con il dichiarante).

1.7. _____ (Cognome) _____ (Nome),
 _____ (Nato/a a) _____ (data)
 _____ (rapp. parentela con il dichiarante).

2. di essere in possesso della cittadinanza (barrare la casella che interessa):

----- italiana

----- di uno Stato aderente all'Unione Europea (specificare quale)

----- di uno Stato non aderente all'Unione Europea, ma con permesso di soggiorno o permesso di soggiorno Ue per soggiornanti di lungo periodo (specificare quale)

3. che i seguenti componenti del nucleo familiare in età lavorativa

si trovano in stato di disoccupazione a causa delle misure restrittive imposte per il periodo di emergenza epidemiologica Covid-19;

4. che il nucleo familiare è impossibilitato ad accedere ad altre forme economiche di sostentamento (depositi bancari e/o postali, pensioni di invalidità, pensione sociale)

--- SI

--- NO ma le stesse sono limitate ed insufficienti *(barrare la casella che interessa)*

5. che uno o più componenti del proprio nucleo familiare percepisce forme di sostegno pubblico al reddito (ad es. RdC, Rei, Naspi, indennità di mobilità, cassa integrazione guadagni, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale) ma le stesse sono insufficienti.

--- SI

--- NO *(barrare la casella che interessa)*

6. di essere a conoscenza che il Comune, potrà provvedere d'ufficio alla verifica delle dichiarazioni rese, anche mediante richiesta di documentazione probatoria al soggetto interessato;

Dichiaro, altresì, di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e, pertanto, autorizzo il trattamento dei dati.

Si allega copia del documento di identità in corso di validità.

Atripalda, _____ .

Firma
