



Comune di Livorno

**Autodichiarazione per la richiesta di contributo alimentare
ai sensi del l'OCDPC 29 marzo 2020 n. 658**

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

___l___ sottoscritt ___ nat ___ a ___ provincia di
___ il ___ c.f.: ___
residente nel Comune di ___ alla via ___ n. ___
C.A.P. ___

Facente parte del nucleo familiare composto da:

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

Cognome _____ Nome _____

Codice Fiscale: _____

Recapiti: barrare la casella (anche più di una, della modalità prescelta per la comunicazione con
l'Amministrazione comunale:

Telefono fisso _____

Telefono cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

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 dei contributi previsti per l'assistenza alimentare, ai sensi dell'ordinanza della protezione civile n. 658/2020 per se stesso e per il proprio nucleo familiare.

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

la propria condizione di disagio conseguente alla attuale emergenza in una delle seguenti fattispecie:

(indicare la motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione barrando le caselle):

ha perso il lavoro e non ha liquidità per il proprio sostentamento

ha sospeso o chiuso attività e non ha liquidità per il proprio sostentamento

ha lavori intermittenti e non riesce in questa fase dell'emergenza covid 19, ad acquistare beni di prima necessità alimentare

Dichiara inoltre (per l'intero nucleo familiare):

che non ci sono altri redditi nel nucleo familiare;

non usufruisce di prestazioni assistenziali (RdC, Rei, Naspi, Indennità di mobilità, CIG)

di disporre di depositi bancari/postali pari ad euro _____

Luogo e data

Firma del dichiarante _____

Allega copia o fotografia di un valido documento di riconoscimento