***AUTOCERTIFICAZIONE PER Bonus Solidarietà Alimentare***

Il/la sottoscritto/a nato/a a il residente in Baiano, alla Via/Piazza con recapito telefonico fisso cellulare Codice Fiscale mail

**AI SENSI DEL DPR N. 445/2000 E S.M.I., CONSAPEVOLE DELLE RESPONSABILITA’ PENALI IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI,**

**DICHIARA**

**CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **È composto da N………. persone di cui N. ………. Minori e N. …….. persone con disabilità certificata superiore al 66%** |  |  |
| **ha già beneficiato del *buono spesa Covid* erogato dal Comune di Baiano**  - **se SÌ, intestato e rilasciato a favore di:** | **SÌ** | **NO** |
| **è in condizione di riconosciuta indigenza in quanto Beneficiario di Contributi economici**  - **se SÌ, richiesto da:** | **SÌ** | **NO** |
| **è in condizione di indigenza in quanto (specificare):** | **SÌ** | **NO** |
| **è percettore di redditi, se** SÌ**, compilare la seguente tabella** | **SÌ** | **NO** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **RAPPORTO DI PARENTELA CON**  **INTESTATARIO SCHEDA** | **DATA DI NASCITA** | **CODICE FISCALE** | **TIPOLOGIA DI REDDITO**  **PERCEPITO\*** | **REDDITO PERCEPITO** |
|  | RICHIEDENTE |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTALE** | | | | |  |

**\* ad es., Lavoro dipendente, lavoro autonomo, pensione, reddito di cittadinanza, reddito di emergenza, ammortizzatori sociali (NASPI, Cassa integrazione, etc), Decreto *Legge ristoro*,ecc. PERCEPITI A TUTTO IL 30.06.2021**

DICHIARA, INOLTRE, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE È IN CONDIZIONE DI PRECARIETÀ ECONOMICA PER UNO O PIÙ DEI SEGUENTI CASI:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Il Nucleo Familiare percepisce un unico reddito** | **SÌ** | **NO** |

Uno o più componenti del Nucleo Familiare, compreso il richiedente, sono attualmente in stato di disoccupazione per effetto dei provvedimenti restrittivi dettati dal contenimento dell’emergenza sanitaria:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | **RAPPORTO DI**  **PARENTELA CON INTESTATARIO SCHEDA** | **DATA NASCITA** | **CODICE FISCALE** | **DISOCCUPATO**  **DAL** | **PRECEDENTEMENTE DIPENDENTE** | |
| **PRESSO** | **MANSIONE** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Il/la sottoscritto/a consapevole delle conseguenze penali a cui può andare incontro previste in caso di dichiarazioni mendaci (Legge 445/00) e sulla decadenza del beneficio eventualmente conseguito.

RICHIEDE LA CONCESSIONE DEL BENEFICIO DEL BONUS SOLIDARIETA’ ALIMENTARE

Baiano

Il Richiedente

Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e dell’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) come modificato dal D.Lgs. 101/2018

Baiano , Il Richiedente

Si **ALLEGA** documento di riconoscimento in corso di validità

Attenzione\*\*\*:

DOPO LA COMPILAZIONE DEI CAMPI OCCORRE STAMPARE IL MODELLO firmarlo ED INVIARLO a mezzo email: affarigenerali@comune.baiano.av.it

Oppure a presentarlo direttamente all’ufficio protocollo del Comune di Baiano allegando il DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

**La presente autodichiarazione verrà inoltrata successivamente alle competenti autorità per la verifica della veridicità di quanto dichiarato.**