

**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

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sottoscritt\_\_\_ \_\_\_\_\_ nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ provincia di  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ c.f.: \_\_\_\_\_ residente nel  
Comune di \_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P.  
\_\_\_\_\_ con recapito telefonico \_\_\_\_\_,

Facente parte del nucleo familiare composto oltre che dal/dalla sottoscritt\_\_\_ da:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

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 condizione di disagio conseguente alla attuale emergenza in considerazione dei seguenti elementi: (indicare le motivazioni delle condizioni economiche svantaggiate che saranno valutate ai fini della definizione della partecipazione e dell'entità del contributo):

\_\_\_\_\_

- che nel proprio nucleo familiare non si percepisce alcun altro sussidio di provenienza statale, regionale e/o comunale;

*o alternativamente:*

- che nel proprio nucleo familiare, sono percepiti i seguenti sussidi:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ sussidio \_\_\_\_\_ Entità mensile \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ sussidio \_\_\_\_\_ Entità mensile \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ sussidio \_\_\_\_\_ Entità mensile \_\_\_\_\_

- che il suddetto nucleo familiare non dispone di depositi bancari/postali tali da superare l'attuale difficoltà.

**Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679).**

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Allega copia di un valido documento di riconoscimento.