

**Autodichiarazione ai sensi del DPCM 28 marzo 2020 e l'articolo 6 comma 1 del Decreto Legge 23 novembre 2020, n.154 - Misure a contrasto dell'emergenza alimentare causata dal COVID-19 per agevolare l'acquisto di generi alimentari e di prodotti di prima necessità.**

\_\_\_\_ I \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_

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.