

Al Sindaco
del Comune di Pontelandolfo
Via Municipio 48
Tel. 0824 851844

OGGETTO: AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 PER LA RICHIESTA BUONI SPESA PREVISTI DALL'ART. 2 COMMA 4 LETTERA A) DELL'O.C.D.P.C. 29 MARZO 2020 N. 658.-

Da trasmettere con copia del documento di identità del firmatario entro le ore 12.00 del 06.04.2020

per email: ragioneria@comune.pontelandolfo.bn.it

info@comune.pontelandolfo.bn.it

o per WhatsApp ai numeri:

338 2775734

347 8242460

Il sottoscritto _____ nato il ____ . ____ . ____

a _____ (____) e residente _____ (____),

via _____ n. ____ , utenza telefonica _____ ,

Visto quanto disposto dall'Ordinanza n. 658 del 29/03/2020 in relazione alle misure urgenti di solidarietà alimentare;

CHIEDE

di essere ammesso al beneficio delle misure previste.

Ai sensi del D.P.R. n.445 consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000, n.445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e a conoscenza del fatto che in tal caso l'amministrazione provvederà al recupero delle somme erogate,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

➤ **DI ESSERE INTESATARIO DELLA SCHEDA ANAGRAFICA DEL COMUNE DI PONTELANDOLFO**

➤ **CHE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE E' COSI' COMPOSTO:**

	SI
n. 1 componente	
n. 2 componenti	
n. 3 componenti	
n. 4 componenti	
n. 5 componenti e oltre	

➤ **CHE NEL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE SONO COMPRESI:**

	SI	NO	QUANTITA'
anziani oltre i 75 anni			
minori fino a 12 anni			
disabili			

➤ **CHE ATTUALMENTE IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE PERCEPISCE:**

	SI	NO	IMPORTO MENSILE
Nessun reddito			
Stipendio			
Pensione			
Reddito di cittadinanza			
Reddito di Inclusione			
Naspi (Disoccupazione)			
Altra misura di sostegno economico pubblico			

➤ **DI ESSERE LAVORATORE AUTONOMO:**

	SI	NO
Commerciante		
Artigiano		
Libero Professionista		
Altro		

➤ **DI PAGARE IL FITTO:**

	SI	NO
Per la propria abitazione		
Per l'esercizio della attività commerciale/artigianale/professionale/altro		

➤ **CHE I SEGUENTI COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE, A CAUSA DEI PROVVEDIMENTI SUL "CORONAVIRUS", NON PRESTANO ATTIVITA' LAVORATIVA:**

	SI	NO	N. COMPONENTI
SOSPENSIONE DELLA ATTIVITA'			
MANCATA ASSUNZIONE/RIASSUNZIONE			

➤ **CHE IL NUCLEO FAMILIARE HA PERCEPITO COMPLESSIVAMENTE REDDITI NELL'ANNO 2019:**

	SI
Redditi da 0 a € 15.000,00	
Redditi tra € 15.001,00 e 28.000,00	
Redditi tra € 28.001 e 55.000,00	
Redditi da € 55.001,00 e 75.000,00	
Redditi oltre € 75.001,00	

All'uopo dichiara che il/ la sottoscritto/a o i componenti del proprio nucleo familiare non sono dipendenti di enti pubblici o aziende private e che non hanno avuto alcuna modifica del proprio assetto lavorativo in conseguenza dell'emergenza da Covid 19.

Il dichiarante si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni inerenti i dati indicati.

Autorizzo il trattamento dei miei dati nella dichiarazione resa ai soli fini della evasione della istanza ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e del GDPR Regolamento UE 2016/679.

Pontelandolfo, _____

Firma del dichiarante

Si allega alla presente copia del documento di riconoscimento.