

**ALL'UFFICIO SERVIZI SOCIALI DEL
COMUNE DI CEGLIE MESSAPICA**

PEC: area.sociale@pec.comune.ceglie-messapica.br.it

MAIL: protocollo@ceglie.org

**AUTOCERTIFICAZIONE (ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n°445/2000) AI FINI DELLA
RICHIESTA DI BUONI PER L'ACQUISTO DI GENERI ALIMENTARI E BENI DI PRIMA
NECESSITA' AI SENSI DELL'ORDINANZA DI PROTEZIONE CIVILE N° 658 DEL
29/03/2020.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____
a _____, residente in _____ (____),
via _____ n. _____, identificato/a con
documento _____ nr. _____
rilasciato da _____ in data ____/____/____ con scadenza il
____/____/____, telefono _____, cell. _____
mail: _____, pec: _____

CONSAPEVOLE

delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art 495 c.p.); oltreché, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. del 28/12/2000 n. 445, delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, così come stabilito dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445

**DICHIARA
SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

di trovarsi temporaneamente in stato di bisogno a seguito e per gli effetti dei provvedimenti restrittivi dettati dall'emergenza epidemiologica da virus COVID-19 tanto da non poter provvedere ai bisogni primari propri e del proprio nucleo familiare composto dalle seguenti persone:

NUCLEO FAMILIARE ANAGRAFICO (secondo lo stato di famiglia):

N.	Nome e cognome	Data di nascita	Luogo di nascita	Grado di parentela
1.				Dichiarante
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

DICHIARA INOLTRE CHE
(**indicare con X la propria situazione**)

- in ottemperanza ai recenti provvedimenti governativi per l'emergenza epidemiologica da virus COVID-19, ha sospeso la propria attività lavorativa a far data dal: ____/____/____; svolta presso _____ con sede in _____ in qualità di _____ (specificare se lavoratore autonomo o dipendente)

OPPURE

- il/la sottoscritto/a ed i componenti del proprio nucleo familiare anagrafico sono privi di occupazione;

- Il/La sottoscritto/a ed i componenti del proprio nucleo familiare anagrafico, alla data di presentazione della presente dichiarazione, **non percepiscono** sussidi di sostegno pubblico o ammortizzatori sociali (reddito di cittadinanza/di inclusione/reddito di dignità regionale, Naspi, cassa integrazione, pensione, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale, ecc.)

OPPURE

- Il/La sottoscritto/a ed i componenti del proprio nucleo familiare anagrafico, alla data di presentazione della presente dichiarazione, **percepiscono** sussidio di sostegno pubblico o ammortizzatori sociali (reddito di cittadinanza/di inclusione/reddito di dignità regionale, Naspi, cassa integrazione, pensione, altre forme di sostegno previste a livello locale o regionale, ecc.) per un importo pari ad € _____ mensili.
Specificare tipologia _____

- All'interno del proprio nucleo familiare è presente uno o più soggetti diversamente abili;

- All'interno del proprio nucleo familiare è presente uno o più minori da 0 -3 anni

- Analoga istanza, rispetto alla presente, non è stata prodotta da altro componente del proprio nucleo familiare anagrafico.

Il/La sottoscritto/a autorizza il Comune di Ceglie Messapica al trattamento dei dati personali in relazione all'oggetto.

Ceglie Messapica, ____ / ____ / ____

IL DICHIARANTE RICHIEDENTE
FIRMA

N.B. Si allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.